CENA 1.50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Kwiecień 1951 Nr 4



WYDAWCA POLSKI



CZERWONY KRZYŻ

REDAKTOR. ANNA BIERNACKA

KOMITET REDAKCYJNY ŚCISŁY:

Belońska Jadwiga, Biernacka Anna, Blum-Bielicka Luba, dr Domańska Irena, dr Gosiewski Roman, prof. dr Kacprzak Marcin, Łyżwańska Nonna, Rauowa Janina, Suffczyńska Jadwiga.

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek

CENA 1.50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Kwiecień 1951 Nr 4

PIERWSZEGO MAJA

PO raz siódmy w odrodzonej Ludowej Polsce, po raz sześćdziesiąty pierwszy w historii międzynarodowego ruchu robotniczego obchodzimy uroczyście dzień 1 Maja, święto ludu pracy, święto wolnościowych dążeń społecznych, święto Socjalizmu.

Długa jest w naszym kraju święta tego tradycja. Ongi, w okresie caratu, dzień ten był znaczony świstem nahajek i krwawą często masakrą bojowników o postęp, o niepodległość, o sprawiedliwość. Np. w Łodzi w 1892 r. pada w dniu tym ponad 200 ofiar. W Warszawie I.V.1900 z pośród 30 tysięcy uczestników demonstracji, 3000 tj. 10% wędruje do cytadeli. Proletariat polski bowiem w tym okresie był pierwszym prekursorem demokratycznych tendecyj we wschodniej Europie; stwierdził to sam Lenin, pisząc w jednym z artykułów: „gdy Rosja wciąż spała, Polska już wrzała".

Stopniowo na bezkresnych przestrzeniach panowania caratu — obóz postępu przystępuje do systematycznego kruszenia murów wstecznictwa. Walkę kończy wspaniałe zwycięstwo Wielkiej Rewolucji Październikowej.

Zwycięstwo to przynosi Polsce niepodległość, po krótkim jednak okresie patriotycznych zachłystów i złudzeń — ponura zasłona rozczarowania opada na mózgi i serca ludu pracy. Polska staje się państwem niedoli robotnika, nędzy zaniedbanej i zacofanej wsi, przywilejów obszarniczych i wielkiego kapitału.

I oto znowu w dniu 1 Maja wychodzi na ulice robotnik, bezrolny chłop, drobny rzemieślnik i bezrobotny inteligent, nie jako współgospodarze kraju, lecz jako uciskana, gnębiona i na dno niedoli spychana warstwa pariasów.

I znowu krew robotnicza, tym razem wytaczana bratobójczą już kulą, rdzawi bruki miast, do czerwieni sztandarów dodając połunę rewolucyjnego buntu.

Komunistyczna Partia Polski głosi, że tylko jednolity front klasy robotniczej i inteligencji pracującej w sojuszu z zorganizowanym chłopstwem może zawrócić Polskę z drogi wiodącej ku przepaści wstecznictwa społecznego i politycznego upadku. W tym duchu odbywają się pamiętne jednolitofrontowe manifestacje 1 Maja 1936 r. Na czoło haseł wysuwa się wówczas żądanie zmiany polityki zagranicznej, zerwania związków z faszyzmem hitlerowskim i szukania porozumienia z Wielkim Krajem Socjalizmu.

Niestety, było już zapóźno. Przez nasze ziemie przetoczył się walec wojny, nastała długa, licząca 55 miesięcy, noc niewoli, a wraz z nią przyszedł maj posępnych dni pogardy plemienia słowiańskiego, maj pustych i wymarłych ulic, znaczony przecie fajerwerkami wysadzanych w powietrze transportów faszystowskich przez partyzantów Armii Ludowej.

I znowu z poszumem zwycięskiego marszu bohaterów Armii Radzieckiej wkroczyły na ziemie nasze: Wolność i Niepodległość. Wolność i Niepodległość o nowej zgoła treści, która zmienia zasadniczo obecny charakter święta 1-majowego.

W dniu tym nie wybiega już tak jak dawniej zrozpaczony buntownik, lecz szeroką wesołą strugą wylewa się tłumnie zwycięska, zjednoczona, scalona wewnętrznie klasa robotnicza, a wraz z nią w narodowym froncie jedności, zespolone całe społeczeństwo. Dzień 1 Maja jest dla nas świętem radości, świętem pokoju, świętem zwycięstwa.

Dzień 1 Maja w bieżącym roku jest dla nas także świętem dumy z naszych osiągnięć. Dumy, że przedterminowo i z nadwyżką wykonaliśmy zadania pierwszego roku Planu 6-letniego — planu budowy socjalizmu w naszym kraju, dumy, że zwycięsko zrealizowaliśmy zadania pierwszego kwartału drugiego roku Planu 6-letniego.

Jednak dzień 1 Maja był zbyt długo świętem wojującego socjalizmu, byśmy mogli uważać je dziś za święto zasłużonego odpoczynku, musi ono być demonstracją bojowej czujności na niebezpieczeństwo grożące ze strony wrogów sprawy pokoju i demokracji.

Dlatego w dzień ten myśli nasze biegną ku skrwawionej bohaterskiej Korei, ku walczącym o wyzwolenie narodowe i wolność społeczną ludom Indonezji, Vietmanu, Hiszpanii, ku tym wszystkim, którzy w dzień ów wybiegną na ulice z krzykiem buntu i protestu we wszystkich ciemiężonych krajach świata.

Dzień 1 Maja 1951 roku to dzień powszechnej mobilizacji do walki o pokój, o ten wyśniony wymarzony przez miliony ludzi na całym świecie pokój, o którym Wielki Orędownik sprawiedliwości, Józef Stalin powiedział, że może być utrzymany, jeżeli narody wezmą jego sprawę w swoje ręce.

Narody sprawę pokoju biorą już w swoje ręce, milionami podpisów składanymi w plebiscycie pokoju, demonstrują wolę utrzymania go wbrew intencjom krwiożerczego imperializmu. Światowa Rada Pokoju, międzynarodowy parlament sił postępu, wskazuje ludzkości drogi zwycięstwa nad ciemnymi siłami zła. Z każdym dniem z każdym nowym sukcesem Związku Radzieckiego i krajów demokracji ludowej wzrasta potęga obozu pokoju. Zwycięstwo Chińskiej Republiki Ludowej, przerzucenie mostów przyjaźni przez Odrę i Nysę — tworzy na wschodzie i zachodzie nowe potężne bastiony pokoju. Pokoju, którego linia opasuje dziś cały świat, biegnąc przez serca tych wszystkich, którym drogą jest sprawa postępu i szczęścia ludzkości.

PAMIĘTAJMY także w dniu naszego święta, o tym, że dla zwycięstwa pokoju przyczynimy się najlepiej ofiarną pracą. Stukiem kilofa, raniącego caliznę węgla, warkotem krosien tkackich, chrzęstem cegieł rosnących w mury, realizujemy Plan 6-letni — budujemy szczęście dla naszych dzieci i służymy najlepiej sprawie utrwalenia światowego pokoju.

My, pracownicy i pracownice polskiej służby zdrowia w dniu święta 1 Maja ślubujemy otaczać coraz lepszą opieką lekarską i pielęgniarską człowieka pracy — budowniczego socjalizmu w naszej Ojczyźnie, i walczącego o pokój na całym świecie. Pod robotniczą bluzą tętni dzisiaj już serce lepszego świata, świata pokoju, i sprawiedliwości społecznej dla wszystkich ludzi.

NIECH ŻYJE DZIEŃ 1 MAJA — MIĘDZYNARODOWE ŚWIĘTO PRACY I WALKI O POKÓJ!

Doc. dr MIECZYSŁAW FEJGIN

Choroba wrzodowa

CHOROBA wrzodowa stanowi przedmiot ogromnego zainteresowania lekarzy — zarówno internistów, jak i chirurgów — i zajmuje jedno z czołowych miejsc wśród zagadnień medycyny teoretycznej i praktycznej zarówno ze względu na jej rozpowszechnienie, jak i na kolosalną ilość poświęconych jej prac naukowych w piśmiennictwie lekarskim całego świata.

Według statystyk radzieckich od 5,2% do 13% wszystkich chorych wewnętrznych stanowią chorzy na wrzód żołądka i dwunastnicy. Mężczyźni bywają dotknięci tym schorzeniem 4 do 6 razy częściej niż kobiety. W czasie pierwszej a zwłaszcza drugiej wojny światowej oraz w okresie powojennym liczba chorych wrzodowych wybitnie wzrosła. Wzrost ten dotyczył zarówno świeżych przypadków, jak i recydyw. Szczególnie często spotykana stała się ta choroba wśród mieszkańców Leningradu w okresie blokady. Według autorów radzieckich owrzodzenia dwunastnicy spotyka się 2,2 razy częściej, aniżeli owrzodzenia żołądka (inne statystyki podają stosunek ten jak 5 lub 6 do 1). W czasie wojny jednak spostrzegano wzrost częstości owrzodzeń żołądka, tak że w 1944 roku 60% owrzodzeń przypadło na lokalizację żołądkową, ale w 1948 roku stan powrócił do stosunku sprzed wojny. Stwierdzono również, iż w czasie wojny stosunek częstości zachorowań u mężczyzn i kobiet dążył do wyrównania.

Ze spostrzeżeń radzieckich wynika więc, że wojna wpłynęła nie tylko na wzrost zachorowań, ale i na przebieg kliniczny choroby wrzodowej i powikłania w kierunku wyraźnego nasilenia objawów (bólów, zgagi, nadkwaśności), przedłużenia okresów pogorszeń i skrócenia zwolnień, zwiększenia częstości krwotoków, przedziurawień i zwężeń odźwiernika oraz występowania mnogich wrzodów (Bykow i Kurcin).

Z powyższych więc względów choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy posiada niewątpliwie cechy choroby o zasięgu i znaczeniu społecznym i wymaga dokładnego poznania zarówno wywołujących ją mechanizmów patofizjologicznych, jak i sposobów zapobiegania i leczenia.

TEORIA POWSTANIA CHOROBY WRZODOWEJ

Istniało dotąd bardzo wiele teorii, które starały się wyjaśnić sposób powstawania wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy. Poczynając od Cruveilhier'a, który pierwszy podał syntetyczny opis tej sprawy chorobowej w 1826 roku i związał ją w ten sposób ze swoim nazwiskiem — aż do ostatnich czasów cały szereg autorów podawał najrozmaitsze hipotezy i przytaczał spostrzeżenia i doświadczenia mające na celu wyjaśnienie fizjopatologii tej sprawy chorobowej. Żadna jednak z licznych teorii nie była całkowicie zadowalająca. Wszystkie one tłumaczą powstawanie i rozwój choroby wrzodowej z jakiegoś jednego tylko punktu widzenia, opierając się na jednostronnym, często ograniczonym materiale faktycznym, uwzględniającym tylko ten lub inny, najczęściej miejscowy moment lub czynnik patogenetyczny — np. czynniki mechaniczne naczyniowe, albo wyłącznie zaburzenia chemizmu żołądka lub momenty nerwowo-wegetatywne. Bardzo mało lub zupełnie uwzględnia natomiast czynności wyższych ośrodków nerwowych — kory mózgowej i ośrodków podkorowych, których rola i znaczenie dla wszystkich procesów fizjo- i patologicznych poszczególnych narządów i całego ustroju poznano dzięki pracom Pawłowa i jego uczniów a stanowi to jedno z największych osiągnięć nauki radzieckiej ostatnich lat. Najwcześniej powstały więc teorie, uzależniające wytwarzanie się wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy od miejscowych zaburzeń, dotyczących chemizmu, stanów zapalno-infekcyjnych, albo wreszcie zaburzeń naczynioruchowych samej błony śluzowej chorego narządu. Orłowski

w swoim podręczniku o chorobach narządu trawienia przytacza następujące teorie, dotyczące miejscowych przyczyn powstawania wrzodów trawiennych:

1) teoria **mechaniczno-naczyniowa Virchowa**, przypisująca wytwarzanie się owrzodzeń żołądka i dwunastnicy miejscowemu niedokrwieniu błony śluzowej na tle zmian organicznych w jej naczyniach końcowych, idących z błony podśluzowej, na tle miażdżycy, kiły, zmian zarostowych, zatorów itd.;

2) teoria **trawienno-mechaniczna Aschoffa** twierdzi, że cząstki pokarmowe przepojone kwasem solnym mogą zatrzymywać się dłużej w fałdach śluzówki żołądka i nadtrawiać nieuszkodzoną błonę śluzową, zwłaszcza w tej części żołądka, która nie wytwarza sama kwasu solnego, a więc w części przyodźwiernikowej, gdzie istotnie najczęściej umiejscowiają się owrzodzenia. Sprzyjać temu mają stałe urazy mechaniczne, na które narażone są szczególnie: krzywizna mała i okolica odźwiernika, stanowiące tzw. „drogę żołądkową Waldeyera", którą przepływa miazga pokarmowa w czasie trawienia;

3) teoria **kurczowa Bergmana** wskazuje na możliwość wytwarzania miejscowych ognisk niedokrwienia i następnie martwicy w błonie śluzowej żołądka na skutek stanów kurczowych jej naczyń krwionośnych. Te stany kurczowe powstawać mogą na drodze odruchowej wskutek schorzenia samego żołądka, narządów sąsiednich lub pod wpływem bodźców natury psychicznej. Takie martwicze ogniska stanowić mają podłoże anatomiczne dla powstawania wrzodów trawiennych.

4) teoria **nieżytowa Konjetznego** wynika z faktu, że chorobie wrzodowej towarzyszą stale objawy przewlekłego nieżytu żołądka. Konjetzny, w przeciwieństwie do Aschoffa sądzi, że samotrawienie śluzówki żołądka nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu owrzodzeń, lecz że powstają one w wyniku przewlekłych zmian zapalnych i stanowią wyraz zaostrzeń się sprawy nieżytowej, tak, że owrzodzenie żołądka i przewlekły nieżyt stanowią właściwie różne okresy tej samej sprawy chorobowej.

Wspomnieć jeszcze trzeba o teorii, tłumaczącej powstawanie wrzodów trawiennych brakiem jakiegoś czynnika ochronnego, wytwarzanego w dolnej części przełyku i w żołądku, który zapobiegać ma trawieniu błony śluzowej przez własny sok trawienny. Inna teoria przypisuje tę rolę ochronną wydzielinie śluzowej żołądka: zaburzenie w wytwarzaniu tej wydzieliny prowadzić ma do powstawania wrzodów trawiennych.

UDZIAŁ UKŁADU NERWOWEGO ROŚLINNEGO

W poszukiwaniu czynników patogenetycznych choroby wrzodowej nie można było oczywiście pominąć udziału **układu nerwowego roślinnego**, który zbyt oczywistą i wybitną odgrywa rolę w przebiegu i obrazie klinicznym tej sprawy chorobowej. Powstała więc teoria wagotoniczna, tłumacząca wytwarzanie się wrzodów trawiennych przez istnienie wzmożonego napięcia układu nerwowego przywspółczulnego (wagotonii) i wynikającą stąd skłonność do skurczów naczyń krwionośnych śluzówki i mięśniówki żołądka, do stanów kurczowych odźwiernika oraz do wydzielania nadmiernej ilości nadkwaśnego soku żołądkowego.

Zwracano również uwagę na rolę momentów konstytucjonalnych i dziedzicznych w patogenezie choroby wrzodowej. Badania nad częstością występowania wrzodów trawiennych wśród różnych ludów i ras wykazały np., że są one wielką rzadkością u ludności malajskiej, zamieszkującej wyspy Jawę i Sumatrę, podczas gdy stosunkowo często spotykają się u Chińczyków na tych samych wyspach, chociaż pod względem warunków życiowych oraz chemizmu żołądka obydwa te odłamy ludności nie różnią się wyraźnie od siebie. Na ogół jednak stwierdza się wyraźną zależność częstości występowania choroby wrzodowej od warunków bytowych: choroba wrzodowa wydaje się być smutnym przywilejem życia w skomplikowanych warunkach ciężkiej walki o byt w tzw. krajach cywilizowanych, podczas gdy ludy pierwotne, bliskie naturze, bardzo rzadko zapadają na tę chorobę. I tu właśnie wysuwa się niezwykle istotne i zasadnicze **zagadnienie roli czynników nerwowych i psychicznych** w patogenezie choroby wrzodowej. Żadna bowiem z wyżej wspomnianych teorii nie daje, jak już wspomnieliśmy wyczerpującego wyjaśnienia patogenezy choroby wrzodowej, każda z nich uwzględnia jakąś jedną stronę, jeden fragment zagadnienia, opiera się na jednym objawie, czy zespole objawów. Brakowało jednak jednej uogólniającej idei, która, uwzględniając wszystkie wymienione tu ogniwa patogenetyczne, pozwoliła by powiązać je w jedną syntetyczną i zgodną całość.

Idea taka powstała dzięki genialnym pracom Pawłowa nad czynnością wyższych ośrodków nerwowych, które wyjaśniły rolę tych ośrodków w fizjologii i patologii i wprowadziły myśl kliniczną na zupełnie nowe tory.

Obecnie choroba wrzodowa traktowana jest przez klinicystów radzieckich nie jak miejscowa sprawa, dotycząca tylko żołądka lub dwunastnicy, lecz jak ogólnoustrojowe schorzenie, w rozwoju którego należy uwzględniać czynniki psychiczne i nerwowe, wegetatywne i hormonalne, zaburzenia przemiany materii ogólnej i trofiki miejscowej, odruchowe wpływy innych narządów, miejscowe zmiany samej ściany żołądka, a także warunki życiowe pacjenta i cały szereg innych momentów. Ażeby zrozumieć istotę takiego ujęcia etiologii i patogenezy choroby wrzodowej należy zapoznać się choćby w najogólniejszych zarysach z podstawowymi założeniami nauki Pawłowa i jego szkoły.

TEORIA ODRUCHÓW WARUNKOWYCH PAWŁOWA

Otóż badania i prace Pawłowa nad czynnością przewodu pokarmowego u psów dzięki zastosowanej przezeń genialnie pomysłowej, a zarazem prostej metody wytwarzania stałej przetoki żołądkowej i tzw. „małego żołądka“ oraz „pozornego karmienia“ pozwoliły mu na dokładne poznanie zasadniczych mechanizmów i praw, dotyczących fizjologii trawienia, co do których panowały wówczas dość ogólnikowe i nieusystematyzowane wiadomości. W toku swoich prac nad czynnością trawienną ustroju dokonał Pawłow swego wielkiego i rewolucyjnego odkrycia **odruchów warunkowych.** Jak wiadomo, odruchy warunkowe polegają na tym, że pewne czynności i reakcje ustrojowe, które powstają pod wpływem określonych i swoistych bodźców (np. wydzielanie soku żołądkowego u psa pod wpływem zapachu, czy widoku pokarmu) można przez częste i systematyczne powtarzanie związać czasowo z jakimś innym zupełnie przypadkowym zjawiskiem, które z biegiem czasu staje się samo wystarczającym bodźcem dla wywołania pierwotnego odczynu. Tak np. każdorazowe zapalanie czerwonej lampki, lub dźwięk dzwonka jednocześnie z podawaniem zwierzęciu pokarmu powoduje, iż z czasem samo czerwone światło, lub sam tylko dźwięk dzwonka staje się bodźcem, wywołującym wydzielanie soku żołądkowego nawet bez podawania pokarmu. W ten sposób powstał „odruch warunkowy“, względnie odruch nabyty, wytworzony w wyniku powstałych w życiu zwierzęcia warunków — w odróżnieniu od odruchów „bezwarunkowych“, wrodzonych, z którymi zwierzę przychodzi na świat, i które dziedziczą się z pokolenia w pokolenie, jak np. odruch wydzielania soku żołądkowego w czasie spożywania i trawienia pokarmu. Z dalszych badań Pawłowa wynika, że **odruchy warunkowe mogą z czasem ulegać dziedziczeniu i w ten sposób przechodzić w odruchy bezwarunkowe,** umożliwiając przystosowywanie się ustroju zwierzęcego i ludzkiego do otaczających — często nie sprzyjających warunków życiowych — odgrywają one więc często rolę odruchów obronnych w rozwoju gatunku.

„WYŻSZA CZYNNOŚĆ NERWOWA“

Dalsze badania Pawłowa i jego uczniów nad mechanizmem powstawania odruchów warunkowych i znaczeniem ich dla procesów fizjo- i patologicznych ustroju zwierzęcego i ludzkiego pozwoliły na poznanie kierowniczej i regulującej roli, jaką w tych procesach odgrywają korowe i podkorowe ośrodki mózgu i doprowadziły do stworzenia całej nauki o **„wyższej czynności nerwowej“**, bez której niemożliwe jest zrozumienie zjawisk, związanych z rozwojem i życiem człowieka zarówno w stanie zdrowia, jak i w warunkach chorobowych.

Otóż z badań wielkiego fizjologa wynika, że wszelkie wrażenia zmysłowe, oraz bodźce i podrażnienia mechaniczne, termiczne, chemiczne itd. działając na specjalne zakończenia nerwowe, znajdujące się w każdym narządzie, w każdej tkance, w każdej komórce bodaj i zwane „receptorami“, przekazywane zostają do specjalnych „recepcyjnych“ komórek kory mózgowej, Tu w korze mózgowej bodźce te zostają odpowiednio „zarejestrowane“, usystematyzowane, zanalizowane iześrodkowane (czyli wg wyrażenia szkoły Pawłowa „zintegrowane“) i stają się z kolei źródłem uaktywnienia samej kory i jej ośrodków, regulujących czynności niżej położonych ośrodków podkorowych (śródmózgowych, wzgl. podwzgórzowych), które za pośrednictwem nerwów układu wegetatywnego kierują życiowymi funkcjami wszystkich narządów ustroju.

Bodźce, działające na korę mózgową pochodzą zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz ustroju. Wrażenia zmysłowe, reakcje psychiczne, stany uczuciowe, płynące ze świata otaczającego,

przyjmowane są przez tak zwane „exteroreceptory" i przekazywane komórkom kory mózgowej. Wszelkiego rodzaju zaś bodźce i podrażnienia, działające na narządy i komórki wewnątrzustrojowe zostają przyjmowane przez tzw. „interoreceptory" i przenoszone również na odpowiednie komórki recepcyjne kory mózgowej. Tam łącznie z bodźcami **exteroceptywnymi** powodują stan czynny ośrodków korowych, a za nimi i podkorowych, które, jak już było powiedziane, kierują wszystkimi czynnościami obwodowych narządów i tkanek ustroju i regulują pracę gruczołów, serca i naczyń krwionośnych, płuc, wątroby, nerek, żołądka itd. Kora mózgowa stanowi więc jakby centralną stację odbiorczo-nadawczą, która za pośrednictwem niżej leżących ośrodków podkorowych drogą powiązań neuro-wegetatywnych, humoralnych i hormonalnych kieruje pracą wszystkich układów funkcjonalnych ustroju.

Dzięki tej dominującej i kontrolującej roli kory mózgowej wszystkie procesy fizyczne i psychiczne w ustroju pozostają w ścisłej zależności od stale napływających do kory bodźców. Wynika stąd ciągły i najściślejszy związek wszelkich czynności fizjologicznych ze światem zewnętrznym, jak i ze środowiskiem wewnętrznym ustroju. Niepodobna rozpatrywać poszczególnych narządów, czy układów czynnościowych ustroju niezależnie od całości i od świata zewnętrznego. Ustrój ludzki nie stanowi mechanicznej sumy niezależnych od siebie części, jak np. w motorze samochodowym, w którym każda część posiada niejako autonomiczny żywot, i w którym zachodzić mogą czysto miejscowe, niezależne od stanu całości zmiany.

Dopóki wyższe ośrodki nerwowe w swojej roli koordynowania pracy narządów i układów funkcjonalnych ustroju w ścisłej zależności od otrzymywanych z zewnątrz i z wewnątrz bodźców działają sprawnie, i harmonijnie regulują przebieg tej pracy, dopóty zachowana jest równowaga między wzajemnym działaniem i oddziaływaniem świata zewnętrznego i ustroju, dopóty trwa stan zdrowia.

Wszelkie zwichnięcie tej równowagi, niezależnie od przyczyny zewnątrz- czy wewnątrzustrojowej, które przekracza zakres zdolności przystosowywania się ustroju i jego możliwości wyrównawczo-obronnych prowadzi do objawów i zespołów patologicznych, które stanowią stan chorobowy.

Streszczone tu pokrótce zasadnicze momenty, dotyczące nauki Pawłowa i jego szkoły o znaczeniu czynności wyższych ośrodków nerwowych dla fizjologii i patologii ludzkiej posiadają szczególne znaczenie, jeżeli chodzi o wyłonienie jednolitego, konsekwentnego i całkowicie zgodnego z faktami doświadczalnymi i spostrzeżeniami klinicznymi poglądu na patogenezę choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

Jak wynika bowiem z powyższego, o ile prawidłowo działająca kora mózgowa warunkuje prawidłowy przebieg funkcji życiowych ustroju, o tyle w pewnych warunkach wpływać ona może na powstawanie zmienionych — patologicznych odczynów ze strony narządów obwodowych. Mianowicie przeciążona lub uszkodzona kora mózgowa reaguje nieprawidłowo. Czynnikami, uszkadzającymi normalną czynność kory mózgowej mogą być bodźce, napływające z zewnątrz lub z wewnątrz ustroju w nadmiernej ilości lub zmienione patologicznie wskutek zmian miejscowych czy uszkodzenia jakiegoś narządu. Dzięki tej dwustronnej łączności i wzajemnemu oddziaływaniu kory na obwód i obwodu na korę powstawać może błędne koło szkodliwych bodźców i patologicznych reakcji. W pierwszym rzędzie ulegają zaburzeniu normalne hamujące czynności kory w stosunku do ośrodków podkorowych, wegetatywnych, troficznych itp. Ośrodki te wyzwolone z pod hamującego i regulującego wpływu kory powodują cały szereg nieskoordynowanych, nadmiernych i chaotycznych odczynów ze strony narządów wewnętrznych, co stwarza świeże źródło patologicznych bodźców interoceptywnych, pogłębiających jeszcze pierwotne uszkodzenie kory. W ten właśnie sposób powstają nieprawidłowe odczyny w narządach wewnętrznych, jak stany kurczowe naczyń krwionośnych, nadmierne wydzielanie nadkwaśnego soku żołądkowego, zaburzenia troficzne błony śluzowej żołądka itd., co w dalszej konsekwencji prowadzić może do powstawania zmian anatomicznych, stanu zapalnego, nadżerek lub nawet głębszych owrzodzeń ściany żołądka.

Tak więc na powstanie wrzodu trawiennego żołądka, wzgl. dwunastnicy składa się cały szereg czynników centralnych (korowo-podkorowych) i miejscowych, zależnych od samego żołądka. Jeżeli dodamy do tego wpływ całego szeregu szkodliwych bodźców exteroceptywnych, działających bezpośrednio na korę mózgową w kierunku jej przeciążenia, jak emocje, konflikty życiowe, przepracowanie psychiczne i fizyczne, będziemy mogli w ogólnych zarysach zdać sobie sprawę z niezmiernie skomplikowanych

stosunków, z którymi trzeba się liczyć przy ocenie mechanizmów etio- i patogenetycznych choroby wrzodowej z punktu widzenia poglądów Pawłowa i jego szkoły. W poglądach tych znalazły wszechstronne uwzględnienie wszystkie momenty miejscowe i ogólne, zewnętrzne i wewnętrzne, od których zależeć może powstanie i rozwój choroby wrzodowej — w przeciwieństwie do jednostronnych powierzchownych mechanistycznych wyżej przytoczonych patogenetycznych teorii przeważającej części autorów zachodnich.

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE CHOROBIE WRZODOWEJ

Reasumując wszystko, co było wyżej powiedziane odnośnie mechanizmów patogenetycznych wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy, można by streścić pokrótce słowa prof. Wogralika, dotyczące tego zagadnienia. Autor ten powiada mianowicie, że zasadniczo choroba wrzodowa może w pewnych sprzyjających warunkach rozwinąć się u każdego osobnika. Najłatwiej jednak zapadają na nią ludzie z pewnymi zaburzeniami równowagi psychicznej i nerwowej, zwłaszcza w zakresie roślinnych nerwów naczynioruchowych. Bezpośredni czynnik wywołujący może być bardzo różny. Może to być ostry lub przewlekły proces zapalny w samym żołądku, uszkodzenie mechaniczne lub miejscowe zaburzenie krążenia w błonie śluzowej tego narządu, zaburzenie układu nerwowego w różnych jego odcinkach, powodujące zmiany procesów troficznych ściany żołądka itd. W każdym jednak wypadku niezależnie od przyczyny i miejsca zadziałania czynnika chorobotwórczego kierującą rolę w rozwoju procesu chorobowego odgrywa kora mózgowa. Udział jej należy wyobrazić sobie w sposób następujący. Normalna czynność kory mózgowej polega na tym, że za pośrednictwem podległych jej ośrodków niższych (podkorowych) oraz układów neuro-hormonalnych koordynuje ona i warunkuje łączność i jednolitość wszystkich życiowych funkcji w ustroju. Jednocześnie wywiera ona wpływ hamujący wszelkie nieprawidłowe lokalne odczyny i procesy, które mogły by naruszyć harmonię i równowagę współdziałania fizjologicznego układów funkcjonalnych ustroju. Pod wpływem różnego rodzaju ujemnych wpływów i szkodliwości działających ze świata zewnętrznego lub płynących z samego ustroju i jego narządów mogą powstawać czynnościowe zaburzenia kory mózgowej. Prowadzi to do osłabienia jej działania hamującego i koordynującego, a stąd powstają rozmaite miejscowe zakłócenia czynności poszczególnych narządów i układów. Zależnie od stanu ustroju, a przede wszystkim — jego układu nerwowego, od jego wrodzonych i nabytych właściwości, od warunków życiowych i od stanu psychiki, zakłócenia te ujawniać się mogą w różny sposób i w różnych narządach, a w pewnych okolicznościach prowadzić mogą właśnie do powstawania owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. Będzie to dotyczyło tych przypadków, w których już uprzednio istniały jakieś niepomyślne miejscowe warunki w tych właśnie narządach, wpływające na uszkodzenie aparatu nerwowego i troficznego, zależne od nieprawidłowego stanu samej ścianki narządu, czy od zmian w jakimś sąsiednim narządzie, np. woreczku żółciowym, czy wyrostku robaczkowym lub jelicie grubym, albo w zaopatrujących włóknach nerwowych. W warunkach normalnych wpływ tych uszkodzeń, które powodują powstanie patologicznych bodźców, zdążających do kory mózgowej zostaje osłabiony wzgl. zamortyzowany po drodze przez cały szereg urządzeń i wpływów hamujących, które stanowią jakby dwustronnie działającą barierę ochronną. Bariera ta chroni bowiem zarówno korę mózgową przed szkodliwymi wpływami z obwodu, jak i obwodowe narządy przed patologicznymi bodźcami nieprawidłowo działających ośrodków i nerwów wegetatywnych. Przy istnieniu jednak przeciążenia kory mózgowej i osłabienia jej czynności kontrolującej i hamującej bariera ta przestaje funkcjonować prawidłowo, czynność miejscowego układu nerwowego, zaopatrującego ścianę żołądka i dwunastnicy i rządzącego jej trofiką, ulega zakłóceniu — i powstają warunki dla wytworzenia zmian anatomicznych w postaci wrzodu trawiennego.

Wynika więc z tego, że owrzodzenia takie nie można uważać za zmianę jednoczasową i dokonaną. Stają się one z kolei stałym źródłem patologicznych bodźców miejscowych, działających za pośrednictwem nerwów dośrodkowych na ośrodki nerwowe korowe i podkorowe (bodźce interoceptywne), stają się więc przyczyną całego łańcucha patologicznych zjawisk, które wytrącają z równowagi wzajemny stosunek narządu trawiennego i wyższych ośrodków nerwowych. Powstaje dzięki temu zespół objawów pa-

tologicznych, który należy określić, jako stan chorobowy całego ustroju, jako chorobę wrzodową.

Istotnie u chorych takich można stwierdzić cały szereg różnorodnych objawów i odczynów, znacznie wykraczających poza zakres miejscowych zmian anatomicznych i czynnościowych w żołądku i dwunastnicy. Pacjenci ci skarżą się często na dolegliwości ze strony różnych narządów, które ogólnie ujęte być mogą jako skutek głębszego zaburzenia równowagi roślinnego układu nerwowego, jak np. tendencja do niskiego ciśnienia krwi, rzadkiego tętna, nadmiernej ilości nadkwaśnego soku żołądkowego. Bardzo często występuje u tych chorych nadmierna diureza spoczynkowa przy wykonywaniu próby wodno-sercowej: pacjent taki po wypiciu na czczo 1 litra wody wydziela w ciągu 4 godzin w stanie spoczynku fizycznego zazwyczaj o wiele więcej, niż 1 litr moczu (1200—1400 ml. i więcej nieraz), co również świadczyć może o nadmiernej pobudliwości mechanizmów hormonalno-nerwowych, kierujących gospodarką wody i soli w ustroju (podwzgórze — przysadka — układ nerwowy roślinny — kora nadnerczy — nerka).

OBRAZ ANATOMO-PATOLOGICZNY

Wrzody żołądka bywają częściej odosobnione, chociaż nieraz występują w postaci mnogich owrzodzeń. Częściej zdarza się to w dwunastnicy, gdzie spotkać można nierzadko jednocześnie świeże wrzody obok blizn po wygojonych zmianach. Wielkość ich waha się od paru milimetrów do kilku centymetrów średnicy. Ubytek w ściance chorego narządu może ograniczać się do samej tylko śluzówki, nie naruszając nawet mięśniówki błony śluzowej („muscularis mucosae“) — mówimy wtedy o „nadżerce“ („erosio“). W innych wypadkach zmiana wrzodowa drąży głębiej, naruszając wszystkie warstwy, łącznie z właściwą mięśniówką i może dojść do surowicówki, której cieniutka warstwa oddziela owrzodzenie od jamy otrzewnej. Taki wrzód oczywiście niezmiernie łatwo ulec może przedziurawieniu — przy lada urazie, czy żywszym ruchu perystaltycznym — powstają wtedy niezmiernie groźne stany zapalenia otrzewnej, kończące się szybką śmiercią chorego w razie braku natychmiastowej pomocy chirurgicznej. Wrzody trawienne wytwarzać się mogą ostro w ciągu b. krótkiego czasu, lub też rozwijają się przewlekle; w tym ostatnim wypadku w brzegach ich rozwija się tkanka łączna, która z czasem ulega zbliznowaceniu, powodując nieraz rozległe zmiany i zniekształcenia dotkniętego narządu.

Brzegi zwykłego wrzodu trawiennego są ostro odgraniczone od otoczenia, jakby „wysztancowane“. We wrzodach drążących wgłąb ściany żołądka i dwunastnicy następuje zazwyczaj odczyn zapalny na powierzchni zewnętrznej od strony surowicówki. Odczyn ten prowadzi do wytwarzania zrostów z otoczeniem (zapalenie okołoodźwiernikowe, okołodwunastnicze). Czasami dochodzi do zrastania się z powierzchnią sąsiedniego narządu — wątroby lub trzustki — i do przebijania się drążącego wgłąb owrzodzenia do tego narządu z wytwarzaniem nieraz spornych jam, ropni, czy uchyłków. Naczynia krwionośne w obrębie owrzodzenia ulegają zaczopowaniu. Może jednak nastąpić uszkodzenie (nadżerka) ściany jakiejś tętniczki ze znacznymi, czasami śmiertelnymi krwotokami. Częściej jednak występują drobne krwawienia z maleńkich naczyń, powodujące domieszkę krwi, stwierdzaną w kale u takich chorych przy badaniu chemicznym.

W pewnych sprzyjających warunkach wrzód może się zagoić — powstaje wtedy w tym miejscu blizna łącznotkankowa z rozległymi nieraz zniekształceniami wskutek kurczenia się jej czasem. Szczególnie przykre są blizny powrzodowe, wytwarzające się w okolicy odźwiernika, gdyż prowadzą one do zwężenia odźwiernika, uniemożliwiając czasami przechodzenie pokarmu do dwunastnicy, co powoduje zaleganie treści pokarmowej w żołądku, rozszerzenie tegoż, stałe wymioty i wyniszczenie chorego, a nawet śmierć, jeżeli w odpowiednim czasie nie będzie wykonany zabieg operacyjny, przywracający całkowitą drożność.

NAWROTY I NOWOTWORY

Wygojenie się jednego wrzodu bynajmniej nie zabezpiecza przed wytwarzaniem się w następstwie dalszych, jeżeli trwają niepomyślne warunki patogenetyczne, sprzyjające ich powstawaniu. W ten sposób sprawa chorobowa trwać może lata całe z ciągłymi nawrotami cierpienia i okresami poprawy.

W ściankach wrzodu trawiennego może usadowić się wtórne zakażenie, powodujące nacieki zapalne z następnymi odczynami łącznotkankowymi, bliznowaciejącymi, prowadzącymi do znacznego zgrubienia brzegów wrzodu. Takie zapalnie zmienione owrzodzenia noszą nazwę „wrzodów modzelowatych“ („ulcus callosum“). Powodują one znaczne i uporczywe dolegliwości i prowadzą do rozległych powikłań zapalno-wytwórczych, zrostów z otoczeniem — o których była mowa wyżej.

Należy wreszcie wspomnieć o możliwości przeistoczenia się złośliwego takich długotrwałych przewlekłych wrzodów trawiennych żołądka. Otóż należy stwierdzić, że sprawa ta w chwili obecnej nie jest jeszcze definitywnie rozstrzygnięta i uzgodniona, i pytanie, czy w obrębie przewlekłego wrzodu trawiennego może się z czasem rozwinąć tkanka nowotworowa i spowodować powstanie raka, pozostaje kwestią otwartą. Niektórzy autorzy twierdzą bowiem, że złośliwy nowotwór żołądka rozwija się od początku, jako taki, niezależnie od wrzodu, ale długi czas — nieraz lata całe przebiegać może skrycie, pod pozorem wrzodu. Na poparcie tej tezy przytacza się fakt, że nigdy nie stwierdza się powstawania raka w opuszce dwunastnicy, pomimo że owrzodzenia są tam znacznie częstsze niż w żołądku. Z drugiej zaś strony istnieją zupełnie pewne spostrzeżenia długoletnich i niezaprzeczalnych owrzodzeń żołądka, na tle których rozwijają się nowotwory złośliwe. Nie ma więc w tej chwili zupełnie pewnego i nieodpartego dowodu, który by przemawiał kategorycznie na korzyść jednej, czy drugiej hipotezy, względnie który by pozwalał na stanowcze odrzucenie jednej z nich.

Dokończenie w numerze następnym

III TYDZIEŃ ZDROWIA

w roku bieżącym odbędzie się w czasie

od **10** do **17** czerwca

Hasło naczelne III Tygodnia Zdrowia

„W NASZYCH SZEREGACH PCK MASY PRACUJĄCE“ WALCZĄ O WŁASNE ZDROWIE“

Programowe zadania III Tygodnia Zdrowia:

1. Zakładanie posterunków sanitarnych
2. Werbunek krwiodawców
3. Propaganda kursów szkolenia Młodszych Pielęgniarek

Dieta przy chorobie wrzodowej

DIETA odpowiednia w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy ma na celu dostarczenie ustrojowi takiego pożywienia, któreby z jednej strony zaspakajało zapotrzebowanie kaloryczne, a z drugiej nie drażniło uszkodzonej ściany żołądka względnie dwunastnicy.

WSKAZÓWKI OGÓLNE

1. Pokarmy białkowe, jak jaja i mleko podajemy dla wiązania wolnego kwasu solnego.

2. Tłuszcze, jak masło, słodka śmietanka i oliwa (olej rafinowany) są bardzo pożyteczne, ponieważ działają hamująco na wydzielanie soku żołądkowego i ze względu na ich wysoką wartość kaloryczną, nadto zaś masło i śmietanka jako cenne źródło witamin A i D.

3. Wszystkie pokarmy pobudzające wydzielanie soku żołądkowego, jak wyciągi mięsne (mocne rosoły, buliony), kawa, herbata i alkohol są niedozwolone.

4. Pokarmy, które drażnią błonę śluzową chemicznie, a więc kwasy, skoncentrowane słodycze, potrawy słone lub pieprzne, ostre przyprawy, jak papryka, korzenie itp. muszą być z jadłospisu usunięte.

5. Wszystkie potrawy muszą być miękkie, papkowate, bez twardych części, jak np. drobne pestki malin, włókna warzyw. Należy bowiem zmniejszyć mechaniczne drażnienie błony śluzowej żołądka. Nawet sucharki należy spożywać po namoczeniu. Żucie stanowi bodziec do wydzielania większej ilości soku żołądkowego, dlatego też po spożyciu twardych sucharków chorzy z nadkwaśnością miewają czasem kwaśne odbijania, a nawet bóle żołądka.

Najczęściej stosowana w szpitalach jest dieta Sippie'go.

Od 1. do 6. dnia podaje się co godzinę 100 g mleka pełnego (w miarę możności, połowę mleka zastąpić słodką śmietanką), czwartego dnia dodaje się jedno jajko zaparzane (patrz wskazówki przyrządzania), piątego dnia — 2 jaja (o godz. 12 i 17), szóstego dnia prócz tych 2 jaj dodajemy do rannego posiłku 30 g kaszki manny starannie ugotowanej lub gęstego kleiku z 30 g kaszy. Siódmego dnia dodajemy jeszcze jedno jajko, tak, że

8. dnia dieta przedstawia się następująco: o 7. rano i 15. po południu — 150 cm^3 mleka i 30 g kaszy; o godz. 9. 12. i 17. oprócz 100 cm^3 mleka — po 1 jajku;

9. dnia dodajemy jeszcze jedną porcję kaszy o godz. 20. wieczorem i zwiększamy porcję mleka do 200 cm^3;

od 10. do 14. dnia zwiększamy porcję mleka stopniowo od 250 cm^3 do 300—400 cm^3 i dodajemy jeszcze jedną porcję kaszy.

Od 14. dnia stopniowo dodajemy masło, świeży miękki twarożek, bułkę, wreszcie przecierane jarzyny, ziemniaki, gotowane mięso i galaretki. Pod koniec 14. dnia dieta zawiera: węglowodanów — około 160 g, białka — 68 g, tłuszczu — 170 g. Razem 2.442 kalorii. Wapnia — około 1,4 g, fosforu — 1,38 g, żelaza — 7 mg. Witaminy A — około 3 mg, witaminy B — 2,5 mg, witaminy C dostarczamy w postaci cebionu.

Dieta w 3. i 4. tygodniu zawiera więcej węglowodanów (do 190 g), przez wprowadzenie bułki i cukru oraz białka, przez wprowadzenie twarożku, zaś pod koniec 4. tygodnia także mięsa. Ilość żelaza zwiększa się do 12—15 mg przez wprowadzenie jarzyn, mięsa i ziemniaków oraz witaminy C w normalnej ilości około 50 mg przez wprowadzenie ziemniaków i soków z surowych owoców, jednak najlepiej stosując podawanie 3 razy dziennie soku ze świeżej kapusty w porcjach zaczynając od 1/4 szklanki na raz, zwiększając nawet do 1 szklanki na raz (patrz sposób przyrządzania).

Wrzód żołądka daleko prędzej ulega wygojeniu, jeśli chory prócz diety stosuje systematycznie picie soku świeżej surowej kapusty w ilości nawet do 1 litra dziennie. Dużym powodzeniem w Związku Radzieckim cieszy się dieta Nr. 1 i ulepszona dieta Nr. 2.

DIETA NR 1

6. rano — lekka herbata z mlekiem, czerstwa bułka, masło;

9. rano — płatki owsiane lub ryż na gęsto, chleb, masło;

13. po południu — mięso (lub ryba) mielone, gotowane, w parze lub opiekane (patrz przepisy przyrządzania), ziemniaki purée, jarzyny liściaste lub korzeniowe przecierane. Zupa po drugim daniu (według wskazówek przyrządzania przy nadkwaśności), mleczko lub kisiel z soku owocowego, albo galaretka;

15. godz. — mleko lub kakao, bułka;

18. godz. — kruche mięso pieczone, na zimno, lub ser-twarożek, chleb, masło, herbata z mlekiem;

Uwaga. Dla dostarczenia Wit. C podaje się w ZSRR między posiłkami nalewkę z głogu. Zanim to wejdzie u nas w użycie, jedynym poważniejszym źródłem wit. C dla tej diety będą ziemniaki oraz sok ze świeżej kapusty cukrowej, u nas zawsze niemal dostępny.

DIETA NR. 2

1 i 2 dzień godz. posiłku	Pożywienie	Waga w g
8 godz.	sok z jagód lub pomarańczy, wzgl. marchwi	40–50 g
	bułka czerstwa	30 g
	masło, mleko ze słodką śmietanką	15 g 50 g
12 godz.	warzywa, przecierane ziemniaki	150 g
	śmietanka słodka lub mleko	50–100 g
	budyń lub mleczko	100 g
	sok z owoców surowych	50 g
16 godz.	mleko	200 g
	owoce przecierane	100 g
	słodka śmietanka	50 g
	lub mleko z masłem	100 g
18 godz.	bułka	30–50 g
	masło	20 g
	mleko	200 g
22 godz.	napój jajeczny	200 g

W następnym dniu dodajemy stopniowo coraz większe porcje mięsa gotowanego lub opiekanego, ziemniaków, jarzyn, biały ser, przy czym zawsze pozwalamy pacjentom na picie między posiłkami mleka w ilości 150 g tj. około ¾ szklanki.

WSKAZÓWKI DIETETYCZNE DLA PACJENTÓW AMBULATORYJNYCH

1. Dieta złożona z łatwostrawnych potraw, z obfitością mleka;
2. Usunięcie potraw zawierających włókna (warzywa tylko przecierane), chleb biały, kasze przetarte lub drobne;
3. Posiłki 4 razy w ciągu dnia, muszą być spożywane bardzo regularnie, między posiłkami dozwolone tylko mleko;
4. Unikanie potraw zbyt gorących i zbyt zimnych;
5. Unikanie ostrych przypraw i potraw ciężko strawnych, szczególnie smażonych.

POKARMY DOZWOLONE

Zupy mleczne, jarzynowe przecierane, ziemniaczane, przecierane z masłem zamiast śmietany.

Mięso i ryby opiekane, befsztyki cielęce, sznycle, wątroba, gotowane ryby i drób.

Jaja w każdej formie z wyjątkiem smażonych.

Mleko, około jednego litra dziennie.

Ser biały świeży, twarożek do ½ kg dziennie.

Ziemniaki pieczone, gotowane w parze, jako purée z masłem i mlekiem.

Warzywa przecierane, przyrządzone z masłem bez zasmażki, (marchew, buraki, kalarepa, salsefia, szpinak), pożądane 2 porcje dziennie.

Owoce pożądane 2 porcje dziennie — bez skórki i pestek, najlepiej czarne jagody, porzeczki (przecierane), w zimie — nalewka z głogu.

Kasze gotowane, (kasze grubsze przecierane).

Chleb z mąki pszennej czerstwy, dobrze wypieczony.

Desery z żelatyną, owocowe, musy, budynie.

Napoje — kakao, owitina, mleko (z lekka słodzone).

POKARMY ZABRONIONE

Zupy mięsne, zasmażane, z kwaśną śmietaną, grochówka, kapuśniak, barszcz z botwiną, mięso smażone, tłuste wędliny, pieczone szynki, sery tłuste i inne z wyjątkiem białego twarogu.

Warzywa surowe, gotowane, kiszona kapusta i cebula, konfitury, świeże ciasto, słodycze, pikle, sosy tłuste, wszystkie ostre przyprawy, ocet, alkoholowe napoje, mocna kawa i herbata.

PRZYRZĄDZANIE POTRAW PRZY PRZEWLEKŁYM WRZODZIE ŻOŁĄDKA, DWUNASTNICY I PRZY NADKWAŚNOŚCI

Podstawą diety powinno być **tłuste mleko** świeżo przegotowane lub pasteryzowane, lekko podgrzane. Do najbardziej pożądanych napojów z mleka należy: mleko pół na pół ze śmietanką i napój jajeczny.

Napój jajeczny przyrządzamy na krótko przed podaniem. Na jedną szklankę pasteryzowanego mleka bierzemy jedno całe jajko i odrobinę skórki cytrynowej lub wanilii. Jajko z lekka ubijamy, mieszamy z mlekiem, dodajemy nieco cukru, przykrywamy na 15 minut, aby mleko przeszło zapachem, cedzimy i podajemy.

Pieczywo powinno być czerstwe, ale nie kruche. Najodpowiedniejsza jest bułka z miękką skórką. Do pieczywa dodajemy świeże niesolone masło i twarożek.

Przy przyrządzaniu potraw z **kasz**, należy zwrócić uwagę, aby: 1. były dobrze ugotowane, 2. aby miały smak raczej mdły, unikać przypraw korzennych, a zato dodawać drobno siekany koperek i zieloną pietruszkę.

Racjonalny sposób przyrządzania sosów polega na:

1. rozrobieniu przeznaczonej ilości mąki z zimną wodą, 2. gotowaniu tej mieszaniny przez 10 min., ubijając co jakiś czas trzepaczką, aby utworzyła się kleista jednolita masa, 3. dodaniu przed wydaniem masła lub śmietanki i doprawieniu, według przepisu, odpowiednim smakiem. W żadnym wypadku nie rozprowadzać sosów rosołem.

Przyrządzanie mięsa. Ponieważ dla skutecznego leczenia konieczne jest ograniczenie żucia, mięso najlepiej podawać rozdrobnione, a przy tym możliwie krótko poddane działaniu wysokiej temperatury (opiekane lub gotowane w parze).

Rozdrobnione mięso lub rybę ucieramy z żółtkiem, formujemy pulpety i gotujemy w parze. Befsztyki skrobane z polędwicy po doprawieniu żółtkiem, sokiem cytrynowym i solą m o ż e m y p o d a w a ć n a s u r o w o. Możemy również podawać suflety z mięsa, tj. zamiast żółtka do rozdrobnionego mięsa dodać pianę z białka i zapiec.

Przyrządzanie jaj. Jaja w kuracji wrzodowej i przy nadkwasności odgrywają rolę wybitną. Znana jest u nas i w Związku Radzieckim dieta Jarockiego, polegająca na podawaniu masła i surowych jaj w ściśle przepisanych ilościach. W innych dietach, np. w diecie Sippiego, zwykle podajemy jaja parzone, tj. wkładane do wrzącej wody i odstawiane z dużego ognia pod przykryciem tak, aby woda się już nie gotowała. Trzymamy tak 3,5, lub 10 minut w zależności od tego jakiej konsystencji chcemy jajko mieć. Omlety, a nawet jaja sadzone również przyrządzamy na parze.

Przyrządzanie soku ze świeżej kapusty. Główkę kapusty cukrowej po obmyciu ucieramy na tarce i wyciskamy sok przez sitko lub gazę. Sok ten ma znaczenie kuracyjne, jeżeli go się pije zaraz po wyciśnięciu z kapusty.

DOBÓR POTRAW PRZY NADKWAŚNOŚCI LUB LECZENIU WRZODÓW ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY W STANACH CHRONICZNYCH

Zupy (zawsze jako drugie danie i zawsze przecierane): jabłkowa, malinowa, jagodowa.

Zupy jarzynowe: ziemniaczana, ziemniaczano-selerowa, z jarzyn mieszanych.

Kleiki: zupa ryżowa.

Potrawy: kluseczki z grysiku, z kaszki krakowskiej lub twarożku; potrawki z podrobów, drobiu, wołowiny i cielęciny; pulpety z mózgu i wątroby oraz wszelkie dania z ryb, z wyjątkiem smażonych. Befsztyki skrobane podawane na surowo.

Jarzyny: groszek zielony przecierany, marchew, szpinak, salsefia, przetarta dynia lub pieczone kabaczki, ziemniaki purée, sałatki z tartej marchwi i siekane z zielonej sałaty oraz sałatki z gotowanych jarzyn.

Soki: (surowe i cedzone) z pomidorów, marchwi, świeżej kapusty cukrowej oraz nalewka z głogu.

Desery: biszkopt, kisiel, marmeladki, kremy, suflety i jabłka pieczone.

Maria Morzkowska

NIKA LISOWSKA

Leki w pielęgnowaniu

Pielęgniarka powinna posiadać dostateczną znajomość działania leków, z którymi ma do czynienia, pamiętać bowiem należy, że pełną odpowiedzialność za wydanie leku ponosić może tylko osoba orientująca się w recepturze.

Na kursach doszkalających, jakie w tej chwili przeprowadzają szpitale, na jednym z pierwszych miejsc powinna być postawiona właśnie nauka o działaniu leków i dawkowaniu.

Pielęgniarka musi rozumieć, że np. luminal to nie tylko „tabletka", jaką się daje choremu na sen, ale że środek ten podaje się w dawce mocniejszej lub słabszej. Powinna wiedzieć, jakie leki może ze sobą połączyć, jakie należy podawać na czczo, a jakie po posiłku; powinna orientować się, które leki wymagają specjalnego postępowania (np. że sulfamidy trzeba podawać z sodą i dużą ilością płynów). Powinna dalej znać sposoby podawania leków o szczególnie niemiłym smaku, jak np. olej rycynowy, który najlepiej jest podawać choremu w ½ szklance gorącego mleka dobrze rozmieszanego z odrobiną sody; płyn ten musując w niczym nie przypomina smaku ani zapachu rycyny.

Taką wiedzę musi zdobyć każda pielęgniarka zarówno dyplomowana, młodsza jak i przyuczona, inaczej nie może być uważana za pracownika samodzielnego, a tylko za pomoc, której poleca się zrobić to lub owo, a za co jest się samemu odpowiedzialnym.

Poważna odpowiedzialność spada tu na instruktorki szkoleniowe i na personel kierowniczy ,a więc przełożoną pielęgniarek i pielęgniarki oddziałowe, którym nie wolno obsadzać stanowiska samodzielnej pielęgniarki odcinkowej pracownikiem, do którego nie mają pełnego zaufania i którego nie miały sposobności obserwować w pracy. Wydawać by się mogło wszystko to niepotrzebnym wyważeniem otwartych drzwi, gdyby praktyka nie dowiodła, jakie straszne w swych skutkach błędy popełnia nieodpowiedni personel pielęgniarski.

Znajomość leków musi być tak opanowana przez pielęgniarki jak np. umiejętność słania łóżka. Pielęgniarka, która chce dobrze pracować, powinna swoją wiedzę o lekach stale pogłębiać. Powinna rozumieć działanie leku, powinna wiedzieć, dlaczego np. nie wolno stosować kofeiny, jako leku nasercowego przy punkcji brzusznej; dlaczego przy papawerynie w wypadkach kamicy nerkowej dajemy uderzenie wodne itp.

Znajomość działania leków łączy się ściśle ze znajomością anatomii i fizjologii. Pielęgniarka ,która rozumie co to jest hipoglikemia, nie będzie się mylić w dawce insuliny, jaką ma podać i na pewno nie zapomni o przygotowaniu cukru. Tylko ten pracownik, który rozumie, co robi i dlaczego, jest pracownikiem pełnowartościowym.

Nigdy nie można sobie powiedzieć, że naukę o lekach posiadło się w stopniu dostatecznym, bowiem asortyment leków stale się zwiększa, podobnie jak zmieniają się także metody leczenia.

PRZECHOWYWANIE LEKÓW

Leki nie mogą nigdy pozostawać bez dozoru. Większy magazynek apteczny powinna prowadzić pielęgniarka oddziałowa, zaś małe apteczki z bardzo ograniczoną ilością niezbędnych leków mają pod swoją opieką pielęgniarki na punktach, czyli odcinkach pielęgniarskich. Pielęgniarka oddziałowa i odcinkowa posiadają klucze od swych szafek aptecznych i są za nie odpowiedzialne.

Szafa musi być stale zamknięta, niedostępna dla niepowołanych. Chodzi tu o dwie rzeczy: po pierwsze, aby chory nie miał dostępu do szafki z lekami, po drugie, by leki nie ginęły.

Ze względu na bliskość punktu pielęgniarskiego, apteczki odcinkowe powinny znajdować się na korytarzu tuż przy biurku pielęgniarki. Jeśli to możliwe, szafki apteczne powinny mieć szkło matowe, aby pacjenci zbytnio nie interesowali się ich zawartością. Nie należy stawiać apteczki po stronie nasłonecznionej, aby leki nie ulegały rozkładowi.

Szafka apteczna powinna mieć wygląd ustalony. Leki do stosowania wewnętrznego znajdują się na innej półce niż leki o zastosowaniu zewnętrznym, przy tym leki o pokrewnym działaniu leżą obok siebie. Ułatwia to wydawanie i szukanie leku, oraz zmniejsza możliwość pomyłki. Pielęgniarki oddziałowe powinny interesować się stanem szafek odcinkowych, bowiem niektóre niedbałe pielęgniarki wprowadzają często w nich chaos i zarówno sobie, jak i swym następczyniom utrudniają pracę. U dobrej pracownicy nie może zdarzyć się, aby lek, który ma swoje określone miejsce w szafce, mógł powędrować gdzie indziej, a tym bardziej na inną półkę. Jest to pozornie drobiazg, lecz pielęgniarki, mające wiele do czynienia z lekarstwami, wiedzą jak bardzo ułatwia pracę, gdy do leku można trafić nieomal na ślepo.

W szafce stoją oddzielnie butelki z „solutio", oddzielnie z „tinctura", wyższe butelki za niższymi itd. Proszki mają swoje szklane słoiki lub leżą posegregowane w pudełkach, podobnie jak ampułki.

Każda butelka powinna mieć napis (lakierem na szkle), ponieważ etykietki łatwo ulegają zalaniu lub zdarciu, utrudniając tym samym odczytanie nazwy leku.

Pielęgniarka oddziałowa powinna zwracać na te rzeczy pilną uwagę, albowiem doświadczenie uczy, że z niedbałego prowadzenia szafek aptecznych wynikają nieraz tragiczne pomyłki.

Leki jałowe w butelkach, podobnie jak słoje z jałową treścią powinny być opatrzone specjalnym napisem dodatkowym i pozostawione pod czarnym zamknięciem. Można je również ustawiać na oddzielnej półce lub stole z napisem „LEKI JAŁOWE".

Należy pamiętać, aby każdy lek posiadał odpowiednie dla siebie warunki, jak np. dla roztworu adrenaliny stosować ciemną butelkę, surowicę i penicylinę przechowywać w miejscu, gdzie nie ulegałyby zepsuciu.

Oddziałowa powinna postarać się o zamykaną lodówkę i leki te mieć pod swym bezpośrednim dozorem, zwracać uwagę na datę ważności szczepionek i surowic, aby nie przechowywać ich zbyt długo.

Narkotyki muszą mieć oddzielne zabezpieczenie, np. w postaci skrytki w szafie oddziałowej. W małym szpitalu narkotyki najlepiej przechowywać w pokoju lekarza dyżurnego. W większych szpitalach pielęgniarki oddziałowe posiadają kilka ampułek, wydanych im przez oddziałowa, którą w tym wypadku obowiązuje ścisła kontrola leków wydawanych na odcinek.

WYDAWANIE LEKÓW NA ODCINKI

Kontrola leków na oddziale należy do pielęgniarki oddziałowej, która prowadzi receptariusz, zamawia leki i wydaje je według potrzeby na poszczególne odcinki; poza receptariuszem nie prowadzi żadnych ksiąg leków, jednak dla własnej wygody może zaprowadzić sobie zeszyt, w którym notuje ilość wydaną na odcinki, lub do pokoju zabiegowego. Jednak dokumentem leków wydanych powinna stać się — zaprojektowana i już znormalizowana przez Polski Komitet Normalizacyjny dla wszystkich szpitali w Polsce — tzw. **„książka podanych leków"**, gdzie w myśl instrukcji pielęgniarka odcinkowa zapisuje każdy lek podany choremu. Dopiero porównanie tej książki z zamówieniami, czyli receptariuszem daje pełny obraz zużycia leków przez oddział.



Oddziałowa zamawia leki w miarę potrzeby raz w tygodniu, uzupełniając apteczkę oddziałową tak, aby nie musiała co dzień dobierać leków z apteki szpitala; oddzielnie powinna wpisywać materiał opatrunkowy, oddzielnie narkotyki, a także spirytus i eter. Receptariusz wypełniony przez pielęgniarkę oddziałową musi sprawdzić i podpisać ordynator danego oddziału lub jego zastępca. Zapisywanie w receptariuszu małej ilości leków dla poszczególnych chorych jest niepraktyczne, jest to strata czasu

i papieru. Imienne leki zabierają zbyt wiele miejsca w szafkach odcinkowych i często nie zostają zużyte, pozostając jako zapas. Poza tym pielęgniarki, mając w torebce proszki zapisane dla chorego imiennie, mogłyby ulec pokusie, by torebkę po prostu pozostawić przy chorym, aby sam z niej czerpał. Oddziałowa już po krótkiej pracy na oddziale łatwo się zorientuje, ile i jakich leków potrzeba i tak będzie uzupełniała braki, aby nie zachodziła potrzeba pożyczek. Apteczki odcinkowe powinny zaprowadzić karty z konieczną ilością leków dla odcinka (zależnie od potrzeby oddziału) np. 10 ampułek glukozy, 5 ampułek roztworu soli fizjologicznej, 10 ampułek kamfory itp. do której to ilości pielęgniarki odcinkowe muszą codziennie uzupełniać swe zapasy u pielęgniarki oddziałowej.

Każdy lek zużyty trzeba wpisać do „książki podanych leków", wpisując ilość z podpisem tej osoby, która lek podała. Pielęgniarki obawiają się tak dokładnego prowadzenia dokumentacji, myśląc, że to obciąży je nadmierną pracą. Jest to jednak konieczne ze względu na potrzebę ścisłej kontroli, na oddziale musi pozostać bowiem pisemny dowód, jaki lek i przez kogo został wydany, inaczej wszelkie błędy i omyłki będą nadal się mnożyć bezkarnie. Poza tym ścisłej kontroli leków wymaga również akcja oszczędnościowa.

Pielęgniarka oddziałowa ustala godzinę wydawania leków na odcinki, powinna to być godzina względnie wolna, to jest już po wydaniu obiadu, po zorientowaniu się w wypisach chorych, natomiast przed objęciem dyżuru przez zmianę pielęgniarek popołudniowych. Każdy odcinek powinien dostarczyć tacę z tymi butelkami, słoiczkami itp., które należy uzupełnić. Wtedy pielęgniarki odcinkowe nie tracą czasu na czekanie; jednak nie wolno samym uzupełniać leków z apteczki oddziałowej, nawet jeżeli oddziałowa ma do nich pełne zaufanie.

Odcinki powinny posiadać specjalne **zeszyty kontroli narkotyków,** a kontrola ta musi być bardzo ścisła. W ogóle pielęgniarka oddziałowa powinna kłaść duży nacisk na prowadzenie małych podręcznych apteczek odcinkowych i pilnie je sprawdzać z „książką podanych leków"; najłatwiej to robić w czasie raportu pielęgniarskiego i wtedy od razu załatwiać kwestie niejasne lub sporne.

SPOSÓB PODAWANIA LEKÓW

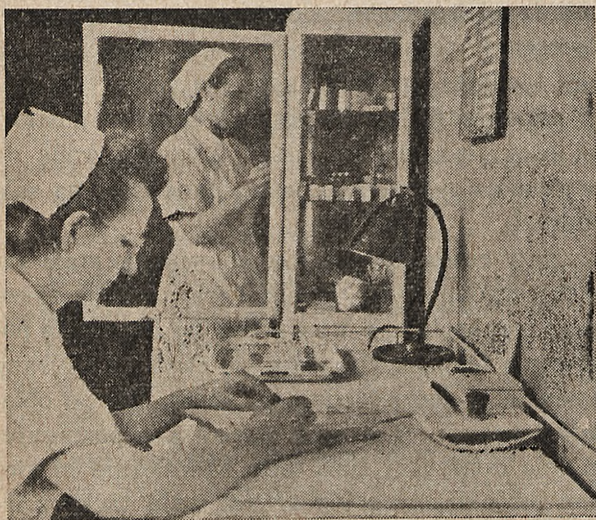
Lek zalecony choremu przez lekarza na obchodzie wpisuje pielęgniarka do „oddziałowej książki zleceń". Z tej książki pielęgniarki odcinkowe przepisują zlecenia dotyczące swoich chorych do „książki podanych leków". Każdy lek zapisany choremu powinien mieć swój odpowiednik w postaci kartki (w celofanowej pochewce) z nazwiskiem i imieniem chorego, dokładną dawką i godziną podania. Kartki te układa pielęgniarka odcinkowa na tacy, przeznaczonej jedynie do tego celu, stawiając na niej kieliszki, w które następnie naleje lub włoży odpowiedni lek. Rozdając lekarstwa postawi na tacy jeszcze dzbanuszek z czystą wodą do popicia i z tak przygotowaną tacą idzie na salę chorych.

Przy rozdawaniu leków obowiązuje stała zasada: wydane leki trzeba sprawdzać ze zleceniem trzykrotnie, a więc **przed, po i w czasie podawania leku.** Leki podaje się zwykle trzy razy dziennie — bezpośrednio po śniadaniu, po obiedzie i kolacji. I w tych wypadkach posługujemy się zazwyczaj dużą tacą. Niezależnie od niej przygotowujemy sobie drugą, małą tackę z lekami do przyjmowania przed jedzeniem. Małe tacki z lekarstwami do przyjęcia na czczo i przed snem pozostają pod opieką pielęgniarki nocnej, do której należy rozdawnictwo.

Godziny podawania leków powinny być stałe i ściśle przestrzegane. Pielęgniarka osobiście jest obowiązana podawać leki. Jest to reguła niewzruszona, przewidziana zresztą w instrukcji dla pielęgniarki odcinkowej. Na dobrze zorganizowanym oddziale nie jest możliwe, aby pielęgniarka odpowiedzialna za swój odcinek kimkolwiek się wyręczała. Należy przy tym pamiętać, że chory jest obowiązany przyjąć lek w obecności pielęgniarki, że nie wolno zostawiać leków na szafce chorego i to nie tylko w większej ilości, ale nawet pojedynczego leku. Chory „nie wierzący w lekarstwo" może je schować do szufladki lub wrzucić do spluwaczki, może nawet nazbierać sobie większą ilość i dopiero zażyć razem, aby „lepiej pomogło". Zdarza się także często, że chory nie wie, jak stosuje się dany lek, tak np. zjada czopek, idąc za radą kolegów z sali, którzy chcą się zabawić jego kosztem.

Instrukcja dla pielęgniarki zaznacza, że narkotyki pielęgniarka podawać musi osobiście, zaś inne leki mają być przyjęte w jej obecności.

To rozgraniczenie podkreśla, że na narkotyki i na wszystkie leki silnie działające, musi być zwrócona szczególna uwaga. Nie znaczy to jednak, że pielęgniarka nie będzie zwracać uwagi na inne lekarstwa i pozostawi np. na stoliku przy chorym, przygotowanym do cholecystografii, nieszkodliwe tabletki węgla. Na skutek jej niesumienności może się zdarzyć, że trzeba będzie powtarzać zabieg, ponieważ chory węgla nie zażył.



Pielęgniarka, nawet najsumienniejsza w podawaniu leków, powinna co pewien czas robić kontrolę szafek przyłóżkowych, gdyż zdarza się, że rodzina przynosi choremu jakiś lek, który chory używał w domu, i chory bez wiedzy lekarza zażywa go dalej, ponieważ kiedyś mu „dobrze robił".

OBSERWACJA CHORYCH

Inteligentna pielęgniarka nie ogranicza się jedynie do podania lekarstwa, lecz interesuje się, czy lek wywiera przewidziany skutek, ewentualnie jak dany chory nań reaguje. Nie chodzi tu już o rzucające się w oczy sprawy uczuleniowe, jak np. przypadki wstrząsu po surowicy, reakcje po nadmiarze bromu czy po jodzie, o których oczywiście melduje się lekarzowi; chodzi o obserwację szczegółową i o myśleniu przy pracy. Jeśli pielęgniarka podała proszek nasenny, winna zainteresować się, jak chory spał i czy w ogóle spał; jeśli podała lek napotny, winna zainteresować się, czy poty nastąpiły, czy gorączka spadła itd., itd.

Instruktorki szkół pielęgniarstwa oczywiście zwracają wielką uwagę na to, by wdrożyć uczennice do myślenia przy pracy. Jednak rzadziej stawiają sobie to za zadanie szpitale o niewielkiej obsadzie pielęgniarek kwalifikowanych, gdzie przecież rola kursów dokształcających jest olbrzymia. Przyśćmy, że szpital posiada wykwalifikowane pielęgniarki oddziałowe, natomiast poszczególne odcinki obsadzone są pielęgniarkami, które ukończyły krótkie kursy. Wówczas obowiązkiem doświadczonych pielęgniarek jest uczyć młodsze koleżanki, omawiając z nimi na odprawach poszczególne zagadnienia z dziedziny pielęgniarstwa.

Pielęgniarce nie wolno zmienić zleceń lekarskich, ani podawać pozornie zupełnie nieszkodliwych proszków, jak np. na ból głowy, chyba że posiada na to specjalne pozwolenie lekarskie. Niesłuszne jest także, jeśli lekarz ułatwia sobie pracę powiedzeniem :„niech siostra da, co uważo". W takich wypadkach należy dać zlecenie tzw. warunkowe.

Praca pielęgniarska w zakresie podawania leków musi byé szczególnie ostrożna i sumienna. Nie spieszmy się w tym wypadku! Większość pomyłek wypływa bowiem z pośpiechu. Poczucie odpowiedzialności musi odsunąć wszystkie inne sprawy na drugi plan. Jeżeli jednak zdarzy się pomyłka — np. podano jakiś lek nie temu choremu, dla którego był przeznaczony albo wstrzyknięto inne lekarstwo — wówczas jest tylko jedna droga — **natychmiast zameldować lekarzowi i oddziałowej.** Pamiętajmy, że od tego może zależeć życie chorego. Innej drogi nie ma. Kto tego nie rozumie, nie może pracować w naszym zawodzie wymagającym rzetelnej uczciwości.

A teraz pytanie, czy personel na oddziale może korzystać z leków oddziału? — Naturalnie, że nie! Jeżeli pracownik czuje się chory, powinien niezwłocznie powiadomić o tym pielęgniarkę oddziałową. Zazwyczaj przełożona lub izba przyjęć ma podręczną apteczkę, gdzie znajdują się leki potrzebne w nagłych wypadkach zachorowania. Pielęgniarka oddziałowa jest zobowiązana zwracać na to uwagę. Chodzi tu zarówno o przypadki morfinizmu, spotykane wśród personelu, jak o wyrobienie w pracownikach poczucia odpowiedzialności i głębokiej uczciwości.

W myśl instrukcji do pielęgniarki nie należy prowadzenie ogólnej apteki szpitalnej, przyrządzanie leków itp. Szpitale nie powinny jej nigdy tym obarczać, ponieważ jest to praca farmaceutów.

N. Lisowska

LUBA BLUM-BIELICKA

PROBLEMY OKRESU DOJRZEWANIA

WSZELKIE zagadnienia wiążące się z rozwojem płciowym młodzieży były w ustroju kapitalistycznym otaczane obłudą i zakłamaniem. Problemy te stanowiły swego rodzaju „tabu“ — rzecz, o której się nie mówiło... Nikt nie chciał (i nie miał odwagi) wyjaśniać młodzieży istoty tych wszystkich przemian jakie zachodzą w ustroju dojrzewającego chłopca lub dziewczynki w wieku od 13—15 lat. Celowe przemilczanie pociągało za sobą często jak najgorsze skutki wychowawcze.

Okresowi dojrzewania towarzyszy zaostrzona ciekawość dotycząca spraw seksualnych, budzi się zainteresowanie płcią odmienną — przemożna chęć poznania. Dawanie wymijających lub fałszywych odpowiedzi na stawiane w tym okresie przez młodzież pytania — uważane dawniej za wysoce kłopotliwe — było stanowiskiem błędnym. Stwarzało to sytuację, w której młodzież powodowana niezaspokojoną ciekawością, tym usilniej starała się rozwikłać ten „tajemniczy“ temat zbywany lub pokrywany tajemniczym uśmiechem starszych, a zatem tym bardziej godny zainteresowania. Rozmowy „na ten temat“ były więc prowadzone równie skrycie, jak zagadkowo mówili o tym starsi, nie wyjaśniały niczego, nie dawały rozsądnego uświadomienia, a jedynym ich skutkiem, poza stratą czasu, była raczej demoralizacja.

W jednym z podwarszawskich gimnazjów, dyrektor prowadził bezskuteczną walkę z napisami i pornograficznymi rysunkami w ustępach. Cóż to była za walka! Co kilka dni woźny malował ściany wapnem i niemal natychmiast napisy zjawiały się ponownie. Dopiero rozumna akcja uświadamiająca, przeprowadzona wśród młodzieży i rodziców, zlikwidowała te przejawy demoralizacji. Dużą rolę w tej akcji odegrał aktyw Z.M.P., Z.H.P., wychowawca i higienistka szkolna.

POKWITANIE

Pokwitanie jest szczególnym okresem rozwoju ciała i psychiki młodego człowieka. Dziecko pokwitając — można rzec — rodzi się po raz drugi. O ile okres tzw. trzeciego dzieciństwa (od lat 7—10) nosi cechy pewnej harmonii wewnętrznej, o tyle okres pokwitania stanowi czas burzliwy w rozwoju młodzieży.

W narządach wewnętrznych ustroju, a przede wszystkim w gruczołach wewnątrzwydzielniczych (dokrewnych) następują bardzo doniosłe przemiany. Zaznacza się wzmożenie czynności wszystkich niemal gruczołów dokrewnych — tarczycy, przysadki mózgowej, kory nadnerczy, a zwłaszcza gruczołów płciowych, występują zmiany w budowie fizycznej osobnika oraz zmiany jego cech psychicznych, zjawiają się drugorzędne cechy płciowe. Powiększa się waga ciała (o 10 kg w ciągu roku) i wzrost (bardzo znamienne, dzieci wyrastają szybko z ubrań — „wiek długich rąk i długich nóg“).

DZIEWCZĘTA

U dziewcząt rozwija się obfita tkanka tłuszczowa w okolicach biodrowych i piersiowych i pomiędzy 12—15 rokiem życia zjawia się pierwsza miesiączka.

Do obowiązków pielęgniarki należy przeprowadzać pogadanki o potrzebie utrzymania skrupulatnej czystości ciała, o konieczności podmywania się, o przechowywaniu opasek higienicznych, a nadto walka z różnymi przesądami, jak np. z tym, że „natryski w okresie miesiączkowania są szkodliwe“. Przeciwnie, trzeba wyraźnie podkreślać, że wzmożone pocenie się stwarza konieczność mycia się codziennie „do pasa i od pasa“. Nie należy jedynie brać w okresie miesiączki gorących kąpieli...

CHŁOPCY

U chłopców pokwitanie zaczyna się zazwyczaj nieco później, bo w wieku 14—16 lat, zjawia się zarost na twarzy, występuje mutacja głosu i od czasu do czasu pojawia się mimowolny wytrysk nasienia podczas snu, tzw. pollucja. Pollucje są zjawiskiem najzupełniej normalnym i stanowią fizjologiczną ewakuację nasienia. Nieuświadomieni chłopcy, nie zdając sobie sprawy z istoty tego zjawiska, martwią się częstokroć z tego powodu, przypisując winę „grzechowi“ lub chorobie. Obawy te stanowią bardzo czę-

sto źródło późniejszej neurastenii. Należy ich uspokoić i wytłumaczyć, że jest to zjawisko fizjologiczne, normalne. Jeżeli jednak pollucje powtarzają się w zbyt krótkich odstępach czasu, lepiej jest zwrócić się do lekarza. W każdym zaś razie trzeba wystrzegać się zaparcia stolca, które stanowić może powód zbyt częstych pollucji.

ZMIANY W PSYCHICE

Równocześnie z fizycznymi cechami dojrzewania płciowego zaznaczają się wyraźnie zmiany w psychice młodzieży. Widzimy niezwykły przypływ energii, zmienność nastrojów, skłonność do marzeń i nieokreślonych tęsknot. W przeciwieństwie do psychiki dziecka, młodzież zaczyna interesować się otaczającym światem, bada swój stosunek do tego świata, podkreśla swoje „ja“, gdyż wzrasta w niej poczucie wartości osobistej. Rzecz charakterystyczna, że w tym czasie maleje autorytet rodziców i nauczycieli, rodzi się często „bunt młodzieży“. Chłopcy i dziewczęta zwierzają się chętnie ze swoich myśli i przeżyć kolegom lub koleżankom. Budzą się zainteresowania społeczne, pragnienia reformowania i udoskonalenia otaczającego świata. W tym też okresie rodzą się pierwsze uczucia miłości.

Stąd duży wpływ wychowawczy, jaki wywierają organizacje młodzieżowe — Związek Młodzieży Polskiej mające za zadanie kształtowanie charakteru młodzieży i skierowanie jej zapału w kierunku socjalistycznej przebudowy kraju. Za przykład służyć może udział zorganizowanej młodzieży w ruchu współzawodnictwa przy budowie Nowej Huty pod Krakowem.

Jak wspomniano na wstępie, w młodzieży rodzi się zainteresowanie płcią odmienną, budzi się ciekawość seksualna, na pierwszy plan wysuwają się sprawy, zahaczające o sferę życia płciowego. Jest rzeczą niesłychanie ważną właśnie w tym okresie rozumnie uświadomić młodzież dając jej na stawiane pytania odpowiedzi szczere, oparte na rzetelnej wiedzy.

UŚWIADAMIANIE MŁODZIEŻY

Nowe programy nauczania w Polsce Ludowej rozszerzają zakres wiadomości z botaniki i zoologii, i omawiają gruntownie fizjologię rozmnażania roślin i zwierząt. Botanika stanowi doskonałą ilustrację różnic i znaczenia płci w funkcji rozmnażania, przedstawia dzieciom szczegóły zapłodnienia i rozwoju nowych pokoleń roślin, i nikt nie uważa tych rzeczy w życiu roślin za „nieprzyzwoite“.

Pedagogika, traktująca we właściwy sposób sprawy seksualne, jest ważnym czynnikiem dla utrzymania zdrowia fizycznego i moralnego w społeczeństwie socjalistycznym. Umyślne wyłączanie z nauki szkolnej wszelkich wiadomości o rozmnażaniu i funkcji narządów rozrodczych — jak to miało miejsce w szkolnictwie klerykalnym — jest objawem zgnilizny moralnej i fatalnym błędem wychowawczym.

Uświadomienie seksualne powinno nastąpić wtedy, gdy dziecko zaczyna rozumieć i domaga się wyjaśnień. Pożądane jest, by pierwszych informacji o tych sprawach udzieliła dziecku matka, wychowawczyni, higienistka szkolna lub pielęgniarka w Domu Dziecka i Młodzieży. Nie wszystkie matki jednak są przygotowane do tych zadań wychowawczych, a nawet nie wiedzą, że to należy do ich obowiązków. Wobec tego właśnie higienistka szkolna powołana jest do organizowania pogadanek na omawiany temat zarówno dla uczniów i uczennic, jak również dla ich rodziców.

Najlepiej jest, gdy pogadanki z dziedziny seksualnej prowadzi lekarz, higienistka lub wychowawca. Temat ten należy wplatać w inne interesujące zagadnienia, które przyciągają uwagę młodzieży, jak np. higiena ogólna, sport, hart ciała i woli, walka o lepsze wyniki w nauce, współzawodnictwo i sprawy społeczne. Trzeba pamiętać, by na wstępie i w zakończeniu takiej pogadanki kłaść akcent na ogólne zagadnienia zdrowotne, względnie społeczne.

Problem celu życia z punktu widzenia biologii należy ujmować na podstawie materialistycznej, a więc na podstawie światopoglądu człowieka o wysokim poczuciu jego obowiązków społecznych oraz potrzeb kulturalnych i estetycznych.

WYCHOWANIE SOCJALISTYCZNE

Wychowanie socjalistyczne urabia charaktery, wpaja poczucie odpowiedzialności i uczy jak można sublimować — w pewnym stopniu oczywiście — popęd płciowy, by kierować się tym intensywniej do pracy społecznej. Zagadnienia te pięknie ujmuje książka Mikołaja Ostrowskiego — „Jak hartowała się stal“.

Jasne jest, że energia młodego ustroju, nie znajdując należytego ujścia w aktywnej dzia-

łalności społecznej, w pracy, albo sporcie — wyładowuje się, idąc po linii najmniejszego oporu w kierunku demoralizacji, w kierunku wypaczenia młodego charakteru. Niezdrowa pobudliwość płciowa, która popycha do aktów samogwałtu i chorobliwych wyobrażeń, rodzi się zazwyczaj w samotności, wśród nudy i nieróbstwa.

Równie ważnym tematem pogadanek organizowanych przez higienistkę szkolną jest sprawa chorób wenerycznych i alkoholizmu. I w tej dziedzinie uświadomienie przychodzi często zbyt późno, gdy już alkoholizm i choroby weneryczne zbierają wśród młodzieży swoje ofiary. Szkoła podstawowa, mając na celu należyte przygotowanie młodzieży do życia w społeczeństwie, powinna uzbroić ją do walki z tymi — zazwyczaj idącymi w parze — groźnymi wrogami, alkoholizmem i chorobami wenerycznymi.

L. Blum-Bielicka

KOWALSKA JULIA

Z pobytu w Czechosłowacji

Z POCZĄTKIEM września 1950 r. zostałam jako pielęgniarka wydelegowana przez Ministerstwo Zdrowia do Czechosłowacji wraz z grupą dzieci polskich udających się tam na leczenie.

Wyjechaliśmy dn. 6 września z dworca Głównego w Warszawie i już na drugi dzień o godz. 12 byliśmy w Jańskich Łaźniach. Dyrekcja Sanatorium przyjęła nas bardzo serdecznie i troskliwie nami się zaopiekowała. Wszędzie zresztą przyjmowano nas bardzo gościnnie, okazując dużo zainteresowania.

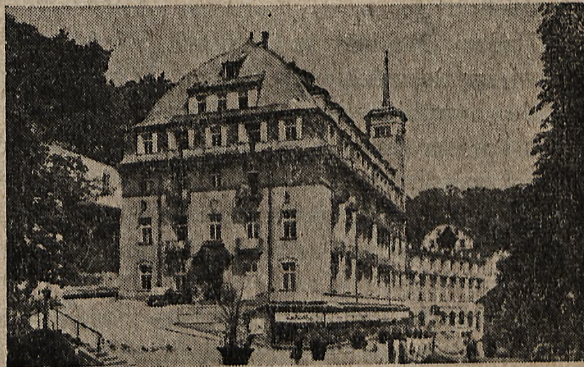
Szpitale i zakłady służby zdrowia C.S.R. są wspaniale urządzone i bogato wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt. Natomiast sprawa liczby personelu pielęgniarskiego przedstawia się gorzej. Czechosłowacja, chcąc uzupełnić kadry pielęgniarskie, uruchomiła szereg szkół, z których zwiedziłam jedną — w Pradze II. Dyrektorka tej szkoły, A. Rypackowa, przyjęła nas bardzo serdecznie i oprowadzając uprzejmie tłumaczyła celowość różnych urządzeń.

Szkoła, otoczona wspaniałym parkiem, mieści się przy poliklinice, w pięknym budynku, specjalnie do tego celu wybudowanym. Sale wykładowe są duże, widne, urządzone prawie komfortowo i wyposażone w dostateczną ilość nowoczesnych przyrządów i pomocy naukowych.

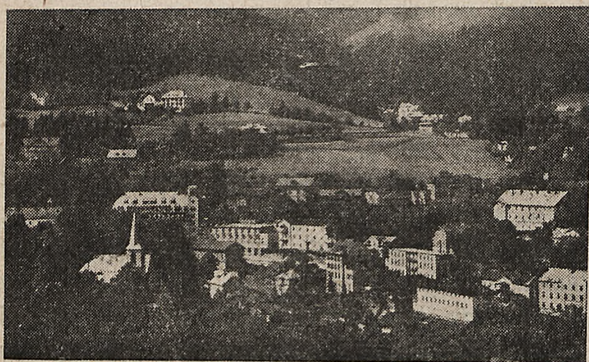
Nauka w szkole trwa 4 lata. Do szkoły przyjmowane są dziewczęta od lat 16 z wykształceniem 9 klas szkoły podstawowej. Przez pierwsze dwa lata uczennice przygotowują się do dużej matury oraz przerabiają część zasad pielęgniarstwa, pozostałe zaś 2 lata przeznaczone są wyłącznie na przedmioty związane ściśle z pielęgniarstwem. Po 4 latach nauki i po zdaniu egzaminów słuchaczki otrzymują dyplom pielęgniarski, upoważniający do wykonywania praktyki we wszystkich zakładach służby zdrowia C.S.R. Duży nacisk kładzie się tam na technikę zabiegów wodoleczniczych, jakie stosuje się szeroko w kraju oraz na tzw. „rehabilitację chorych".

W czasie mojej bytności w szkole było około 300 uczennic, rekrutujących się przeważnie z warstw robotniczo-chłopskich. Nauka jest bezpłatna. Praktykę szpitalną uczennice odbywają w klinice, znajdującej się obok, zaś praktykę społeczną — w ośrodkach zdrowia i poliklinice.

Poliklinika lśni czystością. W ogromnym gmachu mieści się szereg poradni specjalistycznych, gabinetów lekarskich, sal zabiegowych i operacyjnych, obok zaś sale, gdzie leżą pa-



cjenci po zabiegach, jeśli wymaga tego ich stan. Jedno ze skrzydeł budynku przeznaczone jest specjalnie na poradnie i sale dziecięce. Widać planowość i wygodę urządzeń, wyraźnie zaznacza się podział na część „brudną i czystą". Dzieci chore zakaźnie nie stykają się tu z innymi dziećmi. W tym celu urządzono specjalne separatki, gdzie lekarz ma możność dokładnego zbadania dziecka i ustalenia rozpoznania. W razie stwierdzenia choroby zakaźnej, chore dziecko odsyła się oddzielnym wyjściem ze szpitala, zaś samo pomieszczenie poddaje się dokładnej dezynfekcji. Dzieci, u których nie stwierdza się choroby zakaźnej, odsyłane są do gabinetów specjalistycznych.



Ponieważ Czechosłowacja posiada wiele uzdrowisk, bogatych w źródła mineralne, i słynne na cały świat cieplice, wykorzystano je do leczenia chorych, zwłaszcza dzieci, które podobnie jak i w Polsce Ludowej otoczone są tam szczególną opieką.

W czasie mego pobytu przebywała w Jańskich Łaźniach większa grupa polskich dzieci z porażeniami po chorobie Heine-Medina. Dzieci wysłało Ministerstwo Zdrowia, gdyż w Polsce dotychczas nie mamy podobnego zakładu specjalistycznego. Czechosłowacja posiada 3 takie zakłady, z tego 2 bardzo małe, obliczone na kilkudziesięciu pacjentów, trzeci zaś — Jańskie Łaźnie — może pomieścić znacznie większą liczbę kuracjuszy.

Uzdrowisko leży w Sudetach, wśród malowniczej, gęsto zalesionej okolicy. Posiada ciepłe źródło o wybitnych własnościach radioaktywnych i wielu cennych składnikach mineralnych, dotychczas jeszcze dokładnie nie zbadanych. Nie ulega wątpliwości, że pacjenci po Heine-Medina dzięki tutejszemu leczeniu wykazują znaczną poprawę.

W leczeniu porażeń specjaliści posługują się w Jańskich Łaźniach 2 metodami, a mianowicie: 1) metodą **Warm-Springs**, 2) metodą **Kenny**, najnowocześniejszą, stosowaną dopiero od pół roku. Pierwsza z nich polega na masażu podwodnym, gorących kąpielach i elektryzacji. Druga metoda, Kenny, coraz więcej stosowana, polega głównie na masażu i gorących okładach na miejsca dotknięte porażeniem. Okłady zmienia się co 15 min. od 2 do kilkunastu dziennie. Po okładach wykonuje się masaż w postaci wstrząsania, wyciągania przykurczonych ścięgien i ruchów kończyny, najpierw biernych, potem czynnych przy świadomym współdziałaniu pacjenta. Metoda ta, jak wykazała praktyka, daje bardzo dobre wyniki.

Rozpiętość wieku pacjentów jest bardzo szeroka, gdyż — jak wiemy — choroba ta atakuje ludzi bez względu na wiek. Najczęściej jednak chorują dzieci, dlatego też w sanatorium istnieje szkoła, gdzie dzieci, przebywając na kuracji, jednocześnie się uczą. Jest tam również basen pływacki, świetlica, sala gimnastyczna oraz „Lećba Praći" tj. duża sala, w której umieszczone są warsztaty. Pacjenci mogą tam ćwiczyć osłabione mięśnie, wykonując jednocześnie pożyteczną pracę, to też chętnie chodzą do „Lećba Praći" dla rozrywki i urozmaicenia życia szpitalnego.

W C.S.R. zagadnienie „r e h a b i l i t a c j i c h o r y c h" jest w pełni rozumiane i docenione. Dzięki temu, ludzie pozornie niedołężni, uczą się zawodu i pracują w nim, co w wysokim stopniu poprawia ich samopoczucie. Niektórzy z nich otrzymują pracę na miejscu w sanatorium jako fachowcy, tak np.: pacjent z porażeniem kończyn dolnych, który nauczył się masażu, jest doskonałym masażystą dziecięcym.

* * *

W czasie ośmiotygodniowego pobytu w gościnnej Czechosłowacji poznawaliśmy także jej życie kulturalne, bywając na przedstawieniach teatralnych i w kinie, zwiedzając muzea i zabytki godne uwagi; zawsze otoczeni troskliwą opieką i serdeczną atmosferą. Opuszczając gościnny kraj C.S.R. obiecałam nie zrywać kontaktu z poznanymi koleżankami-pielęgniarkami i dotychczas utrzymuję z nimi korespondencję.

Pobyt w Czechosłowacji dał mi nie tylko wiele wiedzy fachowej, lecz przede wszystkim dał mi świadomość, że we wszystkich krajach demokracji ludowej jedną z najważniejszych spraw jest troska o zdrowie człowieka pracy, a szczególnie — o z d r o w i e d z i e c k a.

Julia Kowalska

Dr JAN ANYŻEWSKI

WARTOŚCI LECZNICZE WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

PRZEMIANY społeczne, jakie dokonały się w Polsce wytyczyły także nową drogę dla rozwoju sportu w naszym kraju. Sprawa upowszechnienia kultury fizycznej i umasowienia sportu była wielokrotnie przedmiotem obrad Sejmu Ustawodawczego i znalazła tam pełne zrozumienie i poparcie. Umasowienie sportu, podniesienie kultury fizycznej — stały się popularnymi hasłami zarówno w mieście, jak i na wsi.

Wychowanie fizyczne w Polsce przed rokiem 1939 szło błędnymi drogami, ponieważ pomijało zasadniczą troskę o podniesienie stanu zdrowotności ogółu społeczeństwa. Pierwszym, a zarazem najważniejszym błędem było ograniczenie liczby ćwiczących. Brak zainteresowania i poparcia ze strony ówczesnego rządu, sprawiał, że jedynie niewielka liczba młodzieży zajmowała się sportem. Sport uważano za czynnik, mający rzekomo wpływać ujemnie na umysłowy rozwój uczniów i studentów, dlatego też młodzież zmuszona była częstokroć w tajemnicy uczęszczać na boiska i pływalnie. Za szczęśliwych wybrańców uważano tych, którzy otrzymali oficjalne zezwolenie władz szkolnych (i rodziców) na uprawianie ćwiczeń w pewnych dyscyplinach sportu. Zaś dla młodzieży chłopskiej i robotniczej sport był już niemal zupełnie niedostępny. Młodzież ta, odsunięta od hal sportowych i stadionów, kierowana instynktowną potrzebą podnoszenia sprawności i kultury fizycznej organizowała się w tzw. „dzikie“ drużyny, i w ciężkich warunkach wywalczała sobie prawo do uczestniczenia w imprezach sportowych.

UMASOWIENIE SPORTU

Dziś w Polsce Ludowej najbardziej zasadniczą cechą sportu jest właśnie jego umasowienie. Wychodząc z założenia, że wszystko co przynosi ludziom zdrowie i radość musi być dostępne dla wszystkich, rozpoczęto na wielką skalę budowę stadionów i pływalni. W klubach i zrzeszeniach sportowych powiększa się liczba poszczególnych sekcji, a równocześnie rośnie ilość członków. 1-Majowe Biegi Narodowe oraz Marsze Jesienne, w których biorą udział setki tysięcy uczestników, bardzo poważnie przyczyniają się do popularyzowania sportu.

Obecnie przy każdym zakładzie pracy, przy każdym Kole Związkowym istnieje komórka sportowa, działająca w myśl ustalonych wytycznych, a mająca na celu organizowanie zdrowej i pożytecznej rozrywki po pracy.

Równocześnie z umasowieniem kultury fizycznej przed pracownikami służby zdrowia stanął obowiązek podjęcia nowych, ważnych zadań:

1. naukowe opracowanie wpływu gimnastyki i sportu na organizm człowieka, oraz ustalenie wskazań dla wykorzystania specjalnych ćwiczeń dla chorych, celem ich szybszego powrotu do zdrowia.
2. roztoczenie fachowej opieki lekarskiej nad wszystkimi ćwiczącymi.

Zadania te zostały wykonane. We wszystkich miastach wojewódzkich powstała sieć specjalnych Poradni Sportowo-Lekarskich, w których przeprowadza się badania wstępne kandydatów, zaleca się uprawianie tych lub innych rodzajów sportu w zależności od budowy ciała i stanu zdrowia, oraz leczy się wszystkich sportowców. Wszystkie Poradnie Wojewódzkie współpracują ściśle z Główną Poradnią Sportowo-Lekarską w Warszawie, która prowadzi badania naukowe, ogłasza wyniki tych badań, dając tym samym naukowe podstawy do rozwoju kultury fizycznej.

SPORT LECZY

Podniesienie sprawności fizycznej osób zdrowych, uprawiających sport, nasunęło myśl wykorzystania ćwiczeń jako czynnika leczniczego w wielu różnych schorzeniach. Na pierwszy plan wysuwają się oczywiście schorzenia aparatu ruchowego. Odpowiednia gimnastyka przy uszkodzeniach zespołu kostno-mięśniowo-stawowego znakomicie przyśpiesza wyleczenie i podnosi ogólną kondycję chorego.

Pamiętamy dobrze, że w naszych przedwojennych szkołach w czasie lekcji gimnastyki ćwiczyli przede wszystkim ci, których budowa ciała i siła mięśniowa nie budziły żadnych zastrzeżeń. Pozostali tworzyli dwie grupy: jedna — to wątli, słabowici, których dopuszczano do ćwiczeń łatwiejszych, druga zaś — dzieci kalekie — nie ćwiczyła wcale. Taki krzywdzący podział wprowadzał rozdźwięk i tajoną zawiść. Dziś już podział taki nie istnieje. Instruktorzy i trenerzy zdają sobie sprawę, że gimnastyka, jako czynnik leczniczy, może być uprawiana przez każdego, bez względu na wiek, płeć i wyrobienie aparatu ruchowego. Odpowiednio dostosowane, specjalne ćwiczenia otwierają drogę do

sportu nawet inwalidom. Dziś na basenie pływalni widzieć możemy sportowca ze sztywnym stawem biodrowym, pływającego razem z bezrękim inwalidą...

Pożytek z uprawiania sportu jest oczywisty, należy więc dążyć do upowszechnienia tego mniemania drogą propagandy sportu, przy pomocy referatów i pogadanek, aby przekonać jak najwięcej ludzi o korzyściach płynących z ćwiczeń fizycznych, o dodatnim wpływie sportu na ustrój człowieka. Wpływ ten nie ogranicza się li-tylko do mięśni, stawów i kości, lecz rozciąga się na narząd krążenia, oddychania, poprawia przemianę materii odbija się dodatnio na psychice człowieka, wzmagając dobre samopoczucie.

SPORT W SZPITALACH

Podniesienie kultury fizycznej i słuszna ocena znaczenia ćwiczeń ruchowych sprawiła, że wprowadzono je na równi ze środkami farmakologicznymi jako czynnik leczniczy w szpitalach i sanatoriach.

Rozróżniamy 3 rodzaje ćwiczeń, jakie przeprowadza się przede wszystkim na oddziałach chirurgicznych i ortopedycznych:

1) Gimnastyka poranna, prowadzona codziennie na salach chorych. Ćwiczenia dobrane są w ten sposób, aby wszyscy chorzy mogli brać w nich udział. Są to ćwiczenia ogólne, mające na celu podniesienie kondycji, z pewnością więc będą już w najbliższym czasie zastosowane także dla chorych z innych oddziałów, np. ginekologicznych, położniczych itd.

   Sposób w jaki chorzy przyjmują te 10 minut ćwiczeń porannych, pozwala przypuszczać, że po wyjściu ze szpitala, będą sami powtarzać je w domu.

   Wysiłek fizyczny w tego rodzaju gimnastyce polega na pokonywaniu oporu własnego ciała (opór mięśniowy i stawowy), np. ciężaru wzniesionej ręki lub nogi, zginanie i prostowanie tułowia itp.

2) Drugi typ powszechnie stosowanej terapii ruchowej stanowią tzw. ćwiczenia oporowe. Wysiłek mięśni w tym wypadku musi być zwiększony dla pokonania pewnego dodatkowego oporu. Na przykład, kładzie się choremu na stopę ciężar 1 kg, polecając unieść kończynę ku górze. Można również zastosować system bloczków z przewieszonym przez nie sznurkiem, który obciążony jest ciężarkiem. Podnoszenie ciężarka zwiększa odpowiednio wysiłek mięśniowy.

   Zamiast tego rodzaju „suchych“ ćwiczeń oporowych, można stosować bardziej atrakcyjną t e o r i ę z a j ę c i o w ą, na przykład pracę na różnych warsztatach, jak tkacki, stolarski itp. Dostosowanie ćwiczeń odpowiednio do zaleceń lekarskich należy do obowiązków instruktorki terapii zajęciowej (o tym rodzaju ćwiczeń wspomnę jeszcze przy omawianiu rehabilitacji inwalidów).

3) Trzecim typem gimnastyki są specjalne fizyczne ćwiczenia, rehabilitacyjne dla osób po przebytych amputacjach i dla kalek.

Anyżewski Jan

KRONIKA

I OGÓLNOPOLSKI KONGRES LIGI KOBIET

W dniu 4 i 5 marca rb. w auli Politechniki Warszawskiej odbył się pierwszy Ogólnopolski Kongres Ligi Kobiet, na który przybyło 943 delegatek z 17 województw, w tym: 571 robotnic, 298 chłopek i 74 inteligentek pracujących. Między delegatkami znajdowało się 64 kobiet pracujących w nowych zawodach, 3 kobiety-dyrektorki, 11 pielęgniarek. Poza tym, jako zaproszeni, goście przybyło 586 kobiet.

Obrady zagaiła ob. **A. Musiałowa**, Przewodnicząca Zarządu Głównego Ligi Kobiet, powołując prezydium Kongresu w liczbie 80 osób.

Jak wielkie znaczenie przywiązywał nasz Rząd do Kongresu, zadokumentował list powitalny Prezydenta Polski, BOLESŁAWA BIERUTA, list kończy się słowami: „Niech przodują w walce o pokój i wykonanie 6-letniego Planu kobiety polskie — wielka siła naszego narodu".

Znaczenie Kongresu podkreśliły także mowy powitalne: przedstawiciela Rządu i KC PZPR, wicepremiera **Zawadzkiego**, oraz przedstawiciela NKW ZSL posła **Juszkiewicza.**

Kongres zaszczyciły swą obecnością delegatki ze Związku Radzieckiego z dyrektorem Moskiewskiego Metra, gen. **Zinaidą Troicką** na czele, która w gorących słowach swego przemówienia podkreśliła, jak wielka przyjaźń łączy ze sobą narody Polski i Związku Radzieckiego.

Na Kongres przybyły również delegatki państw Demokracji Ludowej: Niemiec, Rumunii, Bułgarii i delegatka Korei, która w swym przemówieniu wyraziła głęboką wiarę, że kobiety-Polki i kobiety całego świata udziesięciokrotnią szeregi swej armii walczącej o pokój, ażeby jak najszybciej wygasło zapalne ognisko, rozdmuchane przez podżegaczy wojennych w Korei i zapanował pokój na całym świecie. Przemówienie Koreanki wywołało ogromny entuzjazm.

Na Kongresie wygłoszono dwa referaty: **A. Musiałowej** — „Zadania kobiet w walce o pokój i plan 6-letni" oraz **S. Zawadeckiej** — „Sprawozdanie z działalności Ligi Kobiet i wytyczne dalszej jej pracy".

Dr Wasilkowska, wiceprzewodnicząca Gł. Zarządu Ligi Kobiet, sędzia Sądu Najwyższego, omówiła nowy statut Ligi Kobiet, który został jednogłośnie przez Kongres przyjęty.

Kongres witały dzieci z przedszkola, delegacja chłopek i włókniarek, delegacja pierwszego socjalistycznego miasta w Polsce „Nowa Huta", delegacje górniczek, uczennic Ośrodka Szkoleniowego Młodszych Pielęgniarek PCK z Warszawy i inne. Delegacje przyjmowano entuzjastycznymi okrzykami i oklaskami.

Po wyborze nowego zarządu Ligi Kobiet, Komisji Rewizyjnej, Sądu Koleżeńskiego i podsumowaniu obrad Kongresu przez posłankę **Orłowską**, postanowiono na wniosek delegatek wysłać list dziękczynny do Ob. Prezydenta Bolesława Bieruta.

List do kobiet koreańskich zapewniający naszą dalszą pomoc (200 tysięcy kobiet brało udział w zbiórce na Koreę) kończy się słowami: „Wierzymy, że Ojczyzna Wasza zostanie niedługo wyzwolona, a zbrodniarze poniosą zasłużoną karę. Pokój zwycięży...".

Ostatnie słowa listu do kobiet Ameryki, które nie solidaryzują się z poczynianami swego rządu i walczą, tak jak wszystkie kobiety świata, o pokój, brzmią:

„Wierzymy, że kobiety Ameryki potrafią przeciwstawić się członkom rządu, który chce rozpętać wojnę, ponieważ, tak jak my są matkami pragnącymi szczęśliwego i spokojnego jutra dla swoich dzieci, dla przyszłych pokoleń".

Następnie uchwalono rezolucję, w której jako czołowe zobowiązania postanowiono: wzmocnić tempo pracy, oszczędność i rytm produkcji, podjąć jeszcze bardziej intensywną walkę o pokój i przedterminowe wykonanie 6-letniego planu.

Odśpiewaniem Międzynarodówki Kongres zakończono.

POZNAŃ

Pragnąc uczcić „Dzień Kobiet" Koło Ligi Kobiet, przy Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Poznaniu podjęło szereg zobowiązań.

Jednym z nich było prowadzenie pogadanek w Izbie Dworcowej dla matek przejezdnych na temat: „Higiena i żywienie niemowląt".

Członkinie Koła zajęły się rozsprzedaniem broszur W. J. Lenina pt. „Zadania Związków Młodzieży".

W dniu 8 marca słuchaczki zorganizowały uroczystą akademię z bardzo urozmaiconą częścią artystyczną.

Przygotowania do akademii wypełniały każdą chwilę wolną od dyżurów, a radość, że biorą czynny udział w uświetnieniu wielkiego „Dnia Kobiet" dodawała im chęci i zapału.

Występy te uczennice powtórzyły w kilku klinikach. Spotykały się wszędzie z wielkim uznaniem, oraz życzliwością personelu szpitalnego i chorych, którzy serdecznie dziękowali za możliwość uczestniczenia w miłej rozrywce.

Uczennice Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Poznaniu ujrzały wyraźnie, że poza dobrą pielęgnacją można i w ten sposób wpłynąć na poprawę samopoczucia chorego.

Zachęcamy uczenice innych szkół, aby podobnie jak one, przez odwrócenie myśli chorych od ich dolegliwości w innym kierunku, starały się dodatnio wpłynąć na stan psychiczny pacjenta.

Uczennice Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Poznaniu na masówce w dniu 29. III. 51 r. — celem podkreślenia swego wkładu w walkę o trwały pokój na świecie powzięły następującą uchwałę:

„My uczennice Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Poznaniu rozumiejąc, że tylko trwały pokój na świecie da nam i nowym pokoleniom szczęście i dobrobyt, solidaryzujemy się z Apelem Gromady Tarnowo Podgórne, która wezwała do współzawodnictwa w akcji siewnej inne gromady i postanawiamy:

1. Zwiększyć wydajność i podnieść jakość naszej pracy w szpitalu;
2. Więcej i lepiej się uczyć;
3. Utworzyć sekcję wyjazdową kulturalno - oświatową, która godziwą rozrywką uprzyjemni życie Siewcom Pokoju".

Uczennice uchwaliły poza tym następującą rezolucję:

„W dowód solidarnej walki o Pokój przyrzekamy, że my, kobiety polskie, będziemy uświadamiać i mobilizować całe społeczeństwo w najszerszym froncie narodowym przeciwko prowokacyjnym wystąpieniom podżegaczy wojennych usiłujących kwestionować nasze granice zachodnie.

Protestujemy przeciwko remilitaryzacji Niemiec i domagamy się cofnięcia tego dekretu.

Wzywamy Was, kobiety całego świata, abyście jeszcze wyżej podniosły sztandar walki o pokój, jeszcze bardziej zwarły swe szeregi w walce o szczęście ludzkości i świetlaną przyszłość naszych dzieci."

* * *

KONFERENCJE INSTRUKTORSKIE W ŁODZI

Dla uczczenia Międzynarodowego Dnia Kobiet — instruktorki pielęgniarstwa z placówek szkolenia i lecznictwa m. Łodzi zobowiązały się do stałego doszkalania się, drogą odbywania comiesięcznych konferencji, na których poruszane są tematy ideologiczne, zawodowe i pedagogiczne.

Wzywamy do podjęcia podobnej akcji koleżanki z innych miast wojewódzkich.

Masowa akcja szkolenia Młodszych Pielęgniarek, oraz fakt istnienia w terenie wielkiej ilości pielęgniarek przyuczonych powodują, że dziś każda pełnokwalifikowana pielęgniarka musi być na większym czy mniejszym odcinku, instruktorką. Ale można być samemu świetnym pracownikiem, a nie zawsze równie dobrze umieć uczyć kogoś, kto z nami pracuje. Dlatego rozporządzenie z przed 2 lat o konieczności stałego doszkalania personelu na placówkach pracy, wywołało początkowo pewne opory, a także trudności w obsadzeniu wykładów i ćwiczeń. Dziś — kiedy stoimy przed problemem systematycznego doszkalania w pracy absolwentek kursów Młodszych Pielęgniarek — wynikła konieczność uzgodnienia sposobów szkolenia i zapoznania koleżanek, prowadzących instruktarz w terenie z metodyką nauczania.

Dlatego też, referat szkolenia przy Wydziale Zdrowia, po porozumieniu się z najbardziej aktywnymi koleżankami z terenu, zwołał zebranie informacyjne, na którym przewentylowano zagadnienie szkolenia i doszkalania się i jednomyślnie podjęto zobowiązanie systematycznego doszkalania się.

Zobowiązanie to zostało podjęte jako dowód naszej woli utrwalenia Pokoju, naszej woli budowy socjalistycznej Służby Zdrowia w oparciu o nowe, świadome swych zadań kadry średniego personelu medycznego.

Jeżeli chodzi o tematykę zebrań, to wysunięte zostały cztery zasadnicze kierunki dokształcania:

1) doszkalanie ideologiczne, przez zapoznanie się z wkładem materialistycznych badaczy w dziedzinie biologii i nauk medycznych;
2) zagadnienia fachowe: metodyka szkolenia oraz zasady i technika pielęgniarstwa;
3) zapoznanie się z podstawami współczesnej pedagogiki;
4) zapoznanie się z ustawodawstwem społecznym.

W konferencjach, które począwszy od 7.II. br. odbywają się raz na miesiąc, biorą udział koleżanki-instruktorki ze Szkół Pielęgniarstwa, Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek, przełożone pielęgniarek i instruktorki z placówek lecznictwa zamkniętego i otwartego. Zebrania są liczne, uczestniczy w nich około 50 koleżanek. Dotychczas omówiono:

na pierwszej konferencji, która miała charakter informacyjny — zagadnienie szkolenia i doszkalania personelu pielęgniarskiego na tle sytuacji w placówkach łódzkich;

na drugiej — podstawowe zagadnienia materializmu dialektycznego — jako wprowadzenie do następnych referatów ideologicznych, oraz metodykę nauczania teoretycznego w szkolnictwie pielęgniarskim.

na trzeciej — naukę Pawłowa, oraz pierwszy raz wprowadzono ćwiczenia praktyczne z zasad pielęgniarstwa.

Na najbliższe miesiące zaprojektowane są następujące tematy:

Kwiecień: teoria powstania życia na ziemi i metodyka nauczania praktycznego.

Maj: Miecznikow oraz metody nauczania.

Czerwiec: Zagadnienia wychowawcze (na podstawie pedagogiki-Kairowa) oraz metody sprawdzania i ocena wiadomości uczniów.

Oprócz tego planuje się na większości zebrań przeprowadzanie ćwiczeń praktycznych z zasad pielęgniarstwa dla ujednolicenia metod szkolenia w poszczególnych placówkach.

Referaty na zebrania są opracowywane przeważnie przez koleżanki. Jak dotąd jednak, dyskusje są zbyt mało ożywione, gdyż w codziennym nawale pracy trudno koleżankom znaleźć jest czas na zapoznanie się z literaturą dotyczącą tematu postawionego na najbliższą konferencję.

Ogólnie, zainteresowanie konferencjami jest duże i zgłasza się coraz więcej koleżanek chętnych do brania w nich udziału. Mamy nadzieję, że akcja tego rodzaju da dobre wyniki i wielu koleżankom pomoże w ich świeżo objętej pracy instruktorskiej.

Minczewska Maria

Wydział Zdrowia P.R.N
m. Łodzi.

WARSZAWA

Dnia 29 i 30 grudnia u. r. w sali konferencyjnej Ministerstwa Zdrowia odbyła się krajowa odprawa dla wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa.

Pierwszy dzień odprawy poświęcony był zagadnieniom lecznictwa otwartego, omówiono sprawy dotyczące reorganizacji, jaka ma nastąpić na tym odcinku w Planie 6-letnim. Dr Majewska w krótkim referacie naszkicowała pracę reorganizacyjną na rok 1951 na odcinku lecznictwa pracowniczego podkreślając

— konieczność przeprowadzenia rejonizacji we wszystkich województwach. Omówiono również następujące problemy:

— zapewnienie i ujednolicenie opieki otwartej dla ubezpieczonych,

— zorganizowanie opieki dla obłożnie chorych,

— doszkalanie personelu fachowego w czasie pracy,

— utworzenie przychodni w oparciu o szpital,

— wprowadzenie jednolitego systemu ewidencji i sprawozdawczości.

Następnie przedyskutowano sprawy bieżące i po złożeniu sprawozdań terenowych omówiono budżety i kredyty, którymi teren będzie mógł dysponować w roku bieżącym.

W 2-dniu słowo wstępne wygłosił dr Szczypiorski na temat „Szpitalnictwa w Planie 6-letnim". W referacie poruszono sprawy reorganizacji na tym odcinku oraz konieczność powiązania pomocy zamkniętej po przez przychodnie z pomocą otwartą. Omówiono sprawy kadr, ich doszkalanie i rozmieszczenie w terenie.

Jako osobne zagadnienie szeroko omówiono sprawę młodszych pielęgniarek. Po referacie ustalono wytyczne do dalszej pracy na tym odcinku i jako zasadnicze momenty wysunięto:

— konieczność organizacji tego odcinka w zakresie szpitalnictwa,

— zorganizowanie stałej i systematycznej akcji dalszego ich szkolenia i doszkalania,

— podniesienie szpitali do poziomu placówek szkoleniowych,

— zapewnienie na terenie szpitali odpowiedniego instruktarzu,

— obsadzanie etatów przełożonych siłami wykwalifikowanymi i przeszkolonymi na kursie dla przełożonych pielęgniarek,

— obsadzanie etatów pielęgniarek oddziałowych przez personel fachowy, który będzie instruował i szkolił młodsze pielęgniarki.

— wyposażenie tych szpitali w odpowiedni sprzęt szpitalny, sanitarny i gospodarczy,

— opracowanie jednolitego programu na okres przewidzianych 18 miesięcy szkolenia,

— organizowanie stałej wymiany młodszych pielęgniarek w okresie tych 18 miesięcy przez oddziały szpitalne i placówki lecznictwa otwartego.

Jako osobne zagadnienie, omówiono rekrutację i szkolenie przełożonych pielęgniarek, ich racjonalne ustawienie w terenie, akcję stałego szkolenia na terenie szpitali.

Dyskusja i ustalenie terminu odpraw w rb. zakończyły II dzień odprawy. W podsumowaniu, uwzględniając zagadnienia lecznictwa pracowniczego oraz konieczność stałego kontaktu i nadzoru fachowego na odcinku szkolenia, wyłoniła się potrzeba stworzenia nowego etatu inspektorki szpitalnej w każdym województwie.

KATOWICE

W II półroczu ub. r. zorganizowano z polecenia Ministerstwa Zdrowia pierwszy kurs dla instrumentariuszek w okręgu przemysłowym Katowic. Kurs ukończyło 28 słuchaczek z woj. Śląskiego oraz jedna z Warszawy.

W 114 godzinach wykładów teoretycznych, ideologicznych i praktycznych słuchaczki zapoznały się z metodyką pracy pielęgniarki operacyjnej. Ćwiczenia praktyczne, początkowo w asyscie instruktorek, następnie już zupełnie samodzielne słuchaczki odbywały w następujących szpitalach: Ubezpieczalni w Katowicach, i Mysłowicach, Ginekologiczno-położniczym w Siemianowicach, w szpitalu Miejskim w Gliwicach, w Szpitalu Miejskim w Bogucicach oraz w Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich. Należy zaznaczyć, że z pośród 28 słuchaczek 2 były po 2-letniej szkole, 6 po państwowym egzaminie, reszta zaś praktycznie przyuczona na salach operacyjnych, w tym dwie salowe po 5 i 6-letniej praktyce sanitariuszek operacyjnych.

Jak wynikało z poziomu egzaminu, słuchaczki skorzystały bardzo dużo, przyswoiły sobie wiadomości ogólne, praktyczne i teoretyczne oraz nauczyły się zestawiać zupełnie samodzielnie komplety do poszczególnych operacji. Po zakończeniu egzaminów słuchaczki objęły stanowiska instrumentariuszek w szpitalach województwa Katowickiego.

Należy podkreślić sprężystą organizację kursu, gdzie mimo trudnych warunków lokalowych kierownictwo kursu potrafiło zapewnić słuchaczkom odpowiednie warunki higieniczne i dobre wyżywienie.

Kierownictwo naukowe objął dyrektor Szpitala Ubezpieczalni, dr Iwański, który potrafił w czasie wykładów zainteresować słuchaczki i wpoić w nie chęć do pogłębiania zdobytych wiadomości.

Wszelkie uwagi i spostrzeżenia z I kursu zostaną wykorzystane przy organizacji 2 następnych (w r. b.) na terenie województwa Lubelskiego i Katowickiego.

OLSZTYN

W listopadzie ub. r. zorganizowano pierwszą odprawę dla absolwentek 6-miesięcznego kursu PCK. Udział w tej odprawie wzięło przeszło 80 młodszych pielęgniarek. Odprawę rozpoczęto referatem Pełnomocnika PCK ob. Batura, poczem przystąpiono do demonstracji zabiegów pielęgniarskich.

W czasie ożywionej dyskusji omówiono trudności i braki, na jakie napotykają młodsze pielęgniarki, wyjaśniono szereg niejasności i wytyczono pracę pielęgniarki odcinkowej na rok 1951.

W czasie dyskusji stwierdzono również dotkliwy brak instruktarzu na terenie woj. Olsztyńskiego, co powoduje, że młodsze pielęgniarki pracują zupełnie samodzielnie i wykonują wszelkie zabiegi i zlecenia lekarskie. Na ogół młody element jest bardzo chłonny należy go tylko racjonalnie przeszkalać na terenie szpitali w ciągu 18-miesięcznej praktyki szpitalnej, którą muszą przebyć do egzaminu państwowego.

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch". KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, ¼ str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON w Łodzi. 5.000. Nr 467. V.51. D-2-19075